

B9
292

DELL' IMPORTANZA
DELLE
INFIAMMAZIONI ESSUDATIVE E SUPPURATIVE
NELLA GENESI DELLA TUBERCOLOSI MILIARE ACUTA

OSSERVAZIONI

DEL DOTT.

LUIGI MAZZOTTI

Medico Primario

nell' Ospedale Maggiore di Bologna.



MILANO

FRATELLI RECHIEDEI EDITORI

—
1885

DELL' IMPORTANZA
DELLE
INFIAMMAZIONI ESSUDATIVE E SUPPURATIVE

NELLA GENESI DELLA TUBERCOLOSI MILIARE ACUTA

OSSERVAZIONI

DEL DOTT.

LUIGI MAZZOTTI

Medico Primario

nell' Ospedale Maggiore di Bologna.



MILANO

FRATELLI RECHIEDEI EDITORI

—
1885

Estratto dagli *Annali Universali di Medicina*, Vol. 273, 1885.

Fra i processi morbosi che in questi giorni eccitano soprattutto lo studio dei medici di tutti i paesi, va collocata in prima linea la tubercolosi; ed invero noi vediamo anatomici, clinici e sperimentatori adoperarsi ciascuno coi proprii mezzi a sviscerarne le molteplici e difficili questioni. Chè se molto si è fatto, molto rimane ancora da farsi; ed un problema oggi risoluto, l'indomani ne fa sorgere un altro, che prima non si prevedeva; un punto rischiarato ne mette in vista altri, che stavano affatto nell'oscurità. E forse molto tempo dovrà ancora trascorrere prima che si possa scrivere, colla certezza di non doverlo cambiare, l'intero capitolo della patologia della tubercolosi.

Di tale stato di cose, che in poche parole mi sono ingegnato di tratteggiare, noi abbiamo una prova ad ogni momento. Gettiamo lo sguardo sui molti e molti lavori, che si pubblicano sulla tubercolosi e, si può dire, in tutti troviamo indicato come la scoperta del bacillo caratteristico, fatta dal Koch (1) e dal Baumgarten (2) ed universalmente confermata, abbia bensì messo fuori di dubbio la natura infettiva e specifica della malattia, ma nello

(1) Koch. « Aetiologie der Tuberkulose. » — « Berlin. klin. Wochenschr. », 1882, 10 aprile, N. 15, pag. 221.

(2) Baumgarten. « Tuberkelbakterien. » — « Centralblatt. f. d. med. Wissensch. », 1882 15 aprile, N. 15, pag. 257.

stesso tempo abbia suscitato altre questioni che aspettano ancora una risoluzione. Così si dice: affinchè i bacilli, che debbono supporre sparsi a milioni e milioni, facciano nascere la tubercolosi in una persona, conviene che questa vi sia predisposta; quindi il bisogno di determinare le condizioni tutte congenite ed acquisite che con parola generica diciamo appunto *disposizione*. Così, dopo la dimostrazione della inoculabilità della tubercolosi data dalla patologia sperimentale, si impone tosto il gravissimo quesito delle diverse maniere mediante le quali tale inoculazione può accadere nell'uomo, cioè se per mezzo degli alimenti, se per contagio, ecc. Ed io troppo mi estenderei se volessi soltanto indicare i principali problemi che si agitano in argomento della tubercolosi.

Adunque, aspettando una monografia compiuta di questa malattia, io intanto ho preso a studiarne quella manifestazione speciale e pur tanto interessante, conosciuta sotto il nome di *tubercolosi miliare acuta*. E particolarmente ho cercato di raccogliere fatti più numerosi, che mi sia stato possibile per metter in chiaro qualcuna delle condizioni disponenti a tale forma speciale morbosa, la quale negli adulti non di rado si sviluppa senza che si possa dire in qual modo. E dico specialmente negli adulti, poichè è noto come nei bambini lo sviluppo della tubercolosi acuta tenga dietro alla presenza di centri di tubercolosi cronica, soprattutto nelle glandole linfatiche.

Negli adulti dunque ho veduto sorgere una tubercolosi acuta in persone, le quali mancavano delle condizioni generalmente considerate come disponenti a tale affezione, ma che prima erano malate per processi infiammatorii comuni massimamente essudativi e suppurativi. Descrivere questi fatti, dagli Autori non indicati, ordinarli e determinarne l'importanza, ecco ciò che intendo di fare in questo scritto.

Io non farò una particolareggiata descrizione anatomico-patologica della tubercolosi miliare acuta, per non allontanarmi dalla strada che ho stabilito di percorrere; mi limiterò soltanto a dire due parole intorno ad un punto riguardante la sua estensione.

Generalmente si scrive che la tubercolosi acuta si manifesta in più organi contemporaneamente, soprattutto nei polmoni e nelle sierose. Ciò non è sempre esatto poichè a questo riguardo (come risulta anche dalle mie osservazioni) in pratica si notano molte diversità. In qualche caso la tubercolosi acuta invade un

viscere solo, anzi persino una parte; in altri casi ne invade due, in altri più, ed in altri si estende, si può dire, a tutto il corpo: essa dunque può variare da una manifestazione molto circoscritta, detta anche localizzata, fino alla massima generalizzazione. Del pari, sia ella circoscritta od estesa, può darsi il caso che gli organi restino gremiti da migliaia di tubercoli, come possono contenerne pochissimi, da sfuggire quasi all'osservazione.

Questo punto, che nei libri per lo più viene indicato alla sfuggita, ha la sua importanza, non solo perchè fa conoscere esattamente l'anatomia patologica della tubercolosi ma ancora perchè serve come base per la interpretazione dei fenomeni clinici. Così non sempre la tubercolosi acuta offre la sintomatologia, descritta nei trattati, rassomigliante a quella del tifo addominale, col quale si può confondere. Questa sintomatologia si ha solamente quando la tubercolosi si estende a parecchi organi, e particolarmente alla pia madre cerebrale, e quando i tubercoli sono numerosi. Se invece la lesione resta limitata ed i tubercoli sono scarsi, i sintomi appaiono molto diversi ed oscuri al punto da non permettere talvolta nemmeno una diagnosi di probabilità.

Queste brevi nozioni serviranno ancora a spiegare più chiaramente il titolo del presente lavoro. Imperciocchè sotto il nome di tubercolosi miliare acuta io intendo lo sviluppo di tubercoli miliari grigi nel corpo umano, siano essi scarsi di numero e limitati ad una parte soltanto, siano invece numerosi ed estesi a più organi. Ed è mio pensiero di comprendere in questo studio tanto la tubercolosi miliare acuta localizzata, quanto la generalizzata.

Ora, venendo direttamente all'argomento che mi sono proposto di trattare, ossia allo studio delle condizioni etiologiche esistenti prima dello sviluppo della tubercolosi acuta miliare, io credo che tutti i casi si possano ascrivere a tre diverse categorie, che rappresentano appunto tre condizioni etiologiche bene distinte.

1.^a Tubercolosi acuta, che si sviluppa in individui, nei quali preesistono centri formati di sostanza di aspetto caseoso.

2.^a Tubercolosi acuta, che si sviluppa in individui, nei quali mancano centri morbosi di qualsiasi specie.

3.^a Tubercolosi acuta, che insorge in persone nelle quali si avevano in qualche parte del corpo processi infiammatorii comuni essudativi e suppurativi.

I fatti della prima categoria, come i più comuni, vengono indicati da tutti gli Autori. O si tratta di bambini, così detti scrofolosi, in preda ad ingrossamento e degenerazione caseosa delle glandole linfatiche, nei quali si sviluppa una tubercolosi acuta miliare, che in breve li conduce a morte; oppure sono giovani con tisi circoscritta, ma già allo stadio di rammollimento, nei quali parimente insorge una rapida tubercolosi generalizzata. E tutti sanno come al Buhl (1) spetti il merito di avere per primo richiamato l'attenzione dei patologi sulla presenza di questi antichi centri caseosi e dimostrato la loro importanza nella etiology della tubercolosi acuta. Egli poi interpretava il fatto, ammettendo che nelle sostanze in preda a degenerazione caseosa si formasse un principio infettante, il quale poi riassorbito facesse sviluppare tubercoli miliari a distanza, in modo analogo a ciò che avviene nella pioemia, in cui una suppurazione preesistente dà luogo ad ascessi metastatici.

Le osservazioni del Buhl vennero universalmente confermate. Ed io mi ritengo dispensato dal riferire i casi da me veduti; mi basta solo accennare come la loro interpretazione oggi sia resa molto più chiara, in quanto che ora si ammette che i centri di infiammazione cronica caseosa glandolari o polmonari siano già di loro natura tubercolari e quindi contengano il virus specifico ed i bacilli caratteristici, i quali dalla sede primitiva vengono trasportati negli organi lontani. Quanto alla via tenuta dal virus tubercolare per produrre l'infezione generale, sembra che in qualche caso possa essere quella dei linfatici, poichè il Ponfick (2) trovò i tubercoli nel dotto toracico. In generale però si ritiene che la infezione tubercolosa segua la via delle vene, come dimostrò il Weigert (3) con parecchie osservazioni. Che poi la tubercolosi acuta si generalizzi per mezzo del sangue è stato

(1) Buhl. « Bericht über 280 Leichenöffnungen. » — « Zeitsch. f. rat. Med. Neue Folge. », 1856. Bd. VIII. Heft. 1. Pag. 1.

(2) Ponfick. « Ueber die Entstehung und Verbreitungswege der acuten Miliatuberkulose. » — « Berlin. Klin. Wochensch », 1877, N. 46.

(3) Weigert. « Zur Lehre von der Tuberkulose und verwandten Erkrankungen. » — « Arch. f. pathol. Anat. und Phys. u. f. klin. Med. herausgegeben von R. Virchow », 1879, Vol. 77, pag. 269.

Id. « Venentuberkel und ihre Beziehung zur tuberkulösen Blutinfektion. » — « Arch. etc. », 1882, Vol. 88, pag. 307.

confermato anche dal Weichselbaum (1), il quale trovò i bacilli del Koch nel sangue di cadaveri con tubercolosi acuta, non che dal Meisels (2), dal Lustig (3), dal Doutrelepont (4), dal Rütjmeyer (5) e dallo Sticker (6), i quali poterono dimostrarli nel vivente nel sangue e nella milza.

I fatti appartenenti alla seconda categoria sono più rari e di più difficile interpretazione. Ad ogni modo tutti gli Autori che trattano della tubercolosi acuta, confessano di essersi imbattuti appunto in casi nei quali mancavano affatto i centri caseosi preesistenti. Così il Buhl (7) non trovò alcun centro caseoso in due casi di tubercolosi acuta sopra 23 da lui osservati; così il Litten (8), da alcune osservazioni proprie e dall'esame del protocollo delle sezioni eseguite nell'Istituto anatomico-patologico di Berlino, diretto dal Virchow, raccolse 52 casi di tubercolosi acuta, in tre dei quali non preesisteva alcun centro caseoso. Ed io pure (9) descrissi dieci casi di tubercolosi acuta, in due dei quali non rinvenni alcuna lesione caseosa.

Queste cifre dimostrano la rarità dei casi, in cui la tubercolosi acuta miliare rappresenta l'unica lesione, che alla necropsia si rinviene. Quanto alla loro interpretazione, ho già detto, che riesce piuttosto difficile, tuttavia le ipotesi non sono mancate. Esse si riducono a tre. 1.^a o il centro caseoso aveva sede

(1) Weichselbaum. « Ueber Tuberkelbacillen im Blute bei allgemeiner Miliartuberkulose. » — « Wien. med. Wochensch. », 1884, N. 12.

(2) Meisels. « Weitere Mittheilungen über das Vorkommen von Tuberkelbacillen im Blute bei der allgemeiner akuten Miliartuberkulose. » Ibid. N. 39.

(3) Lustig. « Ueber Tuberkelbacillen im Blute bei an allgemeiner acuter Miliartuberkulose Erkrankten. » Ibid. N. 48.

(4) Doutrelepont. « Fall von Meningitis tuberculosa nach Lupus; Tuberkelbacillen im Blute. » « Deutsche med. Wochenschr. », 1885, N. 7.

(5) Rütjmeyer. « Ueber das Vorkommen von Tuberkelbacillen in Blut und Milzsaft bei allgemeiner akuter Miliartuberkulose. » — « Centralblatt für klinische Medicin. », 1885, 23 maggio, N. 21.

(6) Sticker. « Ueber das Vorkommen von Tuberkelbacillen im Blute bei der akuten allgemeiner Miliartuberkulose. » Ibid. 1885, 27 giugno, N. 26.

(7) Buhl, op. cit.

(8) Litten. « Sulla tubercolosi miliare acuta. » Raccolta di conferenze, ecc., edita da Riccardo Volkmann, N. 102. Trad. ital., Napoli, 1880.

(9) Mazzotti. « Sulla tubercolosi miliare acuta. » Rivista clinica di Bologna, 1875, N. 10, 11, ott. e nov., pag. 307.

in qualche parte recondita del corpo e l'osservatore non riuscì a scoprirlo; 2.^a o esso esisteva bensì prima dello sviluppo della tubercolosi acuta, ma all'epoca in cui avvenne la morte e si eseguì la necropsia era già scomparso; 3.^a o finalmente la tubercolosi era in realtà primitiva e rappresentava una maniera speciale dell'infezione, avvenuta in modo acuto e violento.

Io riporterò le mie osservazioni, spettanti a questa categoria, le quali sono nel numero di quattro. Di due di esse, già pubblicate nella memoria poco sopra ricordata, darò soltanto un riassunto; invece le altre due, come nuove ed originali verranno esposte un po' più estesamente (1).

OSSERVAZIONE 1.^a — *Tubercolosi miliare acuta dei polmoni, del fegato e della milza* (riassunto). — Giulia M... robusta campagnuola di 22 anni, dopo essersi esposta al freddo ed alla pioggia, ammalò in principio di marzo 1874, e morì il 19 giugno dello stesso anno. Presentò i seguenti fenomeni principali: tosse insistente e secca, febbre piuttosto alta (temp. fra i 38°6 ed i 39°8) caratterizzata da frequenti brividi, nessun rapporto fra il numero delle pulsazioni e la elevazione della temperatura, iperestesia cutanea generale, anoressia, stitichezza.

Necropsia — Polmoni liberi da aderenze con numerosi tubercoli miliari grigi, i quali si trovavano, benchè in minor numero, anche nel fegato e nella milza. Rene unico a ferro di cavallo senza tubercoli. Nessuna lesione nelle meningi, nessun centro caseoso nel resto del corpo.

OSSERVAZIONE 2.^a — *Tubercolosi acuta miliare dei polmoni*. — Agostino G.... d'anni 53, entrò nelle Clinica medica di Bologna (2) il 15 febbraio 1879 e vi morì il 20 dello stesso mese. Dalle ricerche, eseguite intorno all'eredità, risultò che nessuno dei suoi genitori o parenti era morto per malattie di carattere tubercolare. A 15 anni egli ebbe il vaiuolo naturale; a 20 una pneumonite acuta a breve decorso; ed a 29 una malattia caratterizzata soprattutto da febbre, cefalea, e spossatezza (tifo?).

Quest'uomo non soffrì di malattie veneree e sifilitiche, non commise abusi di nessuna specie, si cibò sempre di un vitto nutriente e sano ed abitò case salubri. Da giovane egli dimorava in campagna, atten-

(1) Queste osservazioni e le susseguenti vennero raccolte da me stesso, alcune nella 1.^a sezione medica dell'Ospedale Maggiore di Bologna, diretta dal prof. Brugnol, quando io ne era assistente; altre nel laboratorio di anatomia patologica della R. Università di Bologna, diretto dal prof. Taruffi, allorchè io mi trovava colà come dissettore; ed altre infine di nuovo nell'Ospedale Maggiore nella sezione medica da me diretta. Io ringrazio i miei maestri Brugnoli e Taruffi per avermi permesso di usufruire di questo loro materiale.

(2) Il prof. Murri, Direttore della Clinica, gentilmente mi concesse la cartella di questo malato, dalla quale ricavai le notizie, che riferisco.

dendo ai lavori dei campi, poscia venuto in città esercitò per molti anni il mestiere di conciapelli; solamente in ultimo, cioè dal mese di settembre 1878 aveva cominciato a fare il cantiniere, per la quale occupazione era costretto a passare da camere calde nella cantina umida e fredda e rimanervi parecchie ore.

Il G... faceva risalire al 20 Gennaio 1879 la sua malattia, la quale si sarebbe svolta con fenomeni di acutezza. Questi consistevano in malessere generale, dolore di capo, brividi verso sera, senso di spossatezza, tosse leggera e secca.

Coll' esame fisico, eseguito al suo ingresso in Clinica, si verificò una deformità del torace consistente in scoliosi dorsale colla convessità a destra. Alla percussione non si aveva nulla di speciale: colla ascoltazione si udivano rantoli di diversi caratteri e sibili. L'escreato era fluido, spumoso con qualche striatura sanguigna. Le urine non contenevano nulla di speciale.

Nei pochi giorni, nei quali il malato restò in vita, si notò che nelle ore vespertine esso veniva colto da brividi di freddo con intenso dolore di capo e che aveva stitichezza, tosse molto insistente e dispnea.

Le pulsazioni variarono dalle 104 per minuto alle 112, 120. La temperatura alla mattina superava i 38°, laddove alla sera, oltrepassava i 39°, senza raggiungere mai i 40°. Le respirazioni che da principio erano 24 al minuto, andarono aumentando fino a 40 e 48. La morte, come ho detto, avvenne il 26 febbraio.

Necropsia — (eseguita nel Laboratorio di Anatomia patologica della Regia Università di Bologna il 21 febbraio 1879 ad 1 ora pomeridiana) (1).

Il cadavere, oltre alla deformità toracica, avvertita nell' esame fatto durante la vita, esternamente mostrava la vena grande safena destra grossa come il dito mignolo, tortuosa e con parecchie nodosità qua e là. Incisa questa vena per tutto il suo decorso la si vedeva piena di semplici coaguli sanguigni recenti, senza che in nessun punto apparisse la minima traccia di trombo.

Esaminati gli organi contenuti nella cavità del cranio, non si riscontrò alcuna alterazione nelle ossa, nelle meningi e nel cervello.

Aperto il torace si notarono aderenze di antica data fra le due lamine della pleura d'ambo i lati. Nel pericardio, nel cuore e nei grandi vasi non esisteva alcuna alterazione. La trachea ed i bronchi contenevano una mediocre quantità di catarro bianco-grigio fluido e molto aerato ed avevano la mucosa tumida ed iniettata.

I polmoni pesanti e consistenti, al taglio crepitavano ben poco e lasciavano fluire siero spumoso misto a molto sangue. La superficie

(1) Vedi « Archivio delle necropsie. » Anno scolastico 1878-79. Necropsia N.° 33.

di sezione appariva rosso-pallida nella parte anteriore, scura nella posteriore, ed in essa spiccavano moltissimi tubercoli grigi, duri, prominenti, alcuni grandi come una testa di spillo, altri come un grano di miglio o poco più, dovunque disseminati, senza alcuna sede di predilezione. Eseguiti parecchi tagli nei polmoni non si vedevano che tubercoli, senza ammassi di sostanza caseosa. Le glandole linfatiche, quantunque un po' ingrossate, non mostravano traccia nè di tubercoli nè di sostanza caseosa.

Osservati con diligenza tutti i visceri addominali non si trovano tubercoli, ma soltanto lesioni di poca o niuna importanza.

In appresso vennero esaminati col microscopio parecchi punti dei polmoni, ed oltre alle granulazioni tubercolari si vide anche una pneumonite catarrale, limitata a pochi alveoli attorno ai granuli, senza la minima traccia di degenerazione.

È notevole l'analogia di queste due osservazioni, poichè in entrambe si tratta di persone nè per eredità, nè per costituzione disposte alla tubercolosi, nelle quali dopo cagioni estrinseche così dette reumatiche, sviluppossi appunto una tubercolosi acuta, limitata nel secondo caso ai soli polmoni, estesa nel primo anche al fegato ed alla milza. Nell'uno e nell'altro risultò la mancanza assoluta di ogni centro di tubercolosi cronica.

OSSERVAZIONE 3.^a — *Tubercolosi acuta miliare della pleura sinistra e del polmone dello stesso lato* (riassunto) — Maria M... robusta contadina di 30 anni partorì la prima volta il primo giorno di febbraio dell'anno 1874 ed in principio di marzo ammalò per tosse, dispnea e febbre. Dopo alternative di miglioramento e di peggioramento, ella venne a morire nell'Ospedale maggiore di Bologna il 5 maggio 1874. Ivi presentò soprattutto i segni fisici di un essudato pleuritico sinistro.

Necropsia — Pleurite alveolare sinistra con tubercoli miliari grigi nella pleura polmonare e nel polmone corrispondente. Nel polmone destro e nella pleura rispettiva non si avevano nè tubercoli nè ammassi caseosi. Lo stesso dicasi del resto del corpo; però la cavità del cranio non fu aperta.

È questa una osservazione incompiuta e dubbia: incompiuta in quanto che manca l'esame degli organi contenuti nella cavità del cranio; dubbia perchè difficilmente si può asserire se la pleurite fosse contemporanea alla tubercolosi, oppure se esistesse in precedenza. In quest'ultima ipotesi questa osservazione dovrebbe unirsi a quelle della categoria seguente, ossia allorchè esistono centri di infiammazione comune. Nell'incer-

tezza però io ho creduto più prudente collocarla semplicemente fra i casi nei quali mancavano i centri di tubercolosi cronica. Una circostanza speciale da calcolarsi si è che la malattia principò nell'epoca puerperale.

OSSERVAZIONE 4.^a — *Antica carie vertebrale. Calcificazione delle glandole linfatiche bronchiali. Nocciolo calcificato nel mezzo del lobo superiore del polmone destro. — Tubercolosi acuta miliare del polmone destro, della superficie esterna del pericardio e del peritoneo.* — Filomena O... d'anni 36 nubile, campagnuola, venne ammessa nella seconda sezione chirurgica dell'Ospedale maggiore di Bologna il 6 giugno dell'anno 1884. Siccome però non presentava alcuna lesione, che una cura chirurgica richiedesse, così dopo alcuni giorni, e precisamente il 12 dello stesso mese, venne trasferita nella sezione medica da me diretta (Sala Mascagni, letto N.° 223).

Era l'inferma una povera donna gobba e denutrita, la quale si diceva malata da circa sei mesi per dolori addominali più o meno forti, inappetenza assoluta e qualche volta vomito. Sia per la gravezza del suo stato, sia per la limitata sua intelligenza, si poteva tener poco calcolo di queste e di altre notizie, che ella forniva intorno al suo passato.

All'esame ella presentava il ventre molto voluminoso in parte per meteorismo, in parte per liquido libero dentro la cavità peritoneale. Inoltre l'addome era dolente spontaneamente ed alla pressione; si aveva stitichezza, mancanza d'appetito e qualche volta vomito. Aggiungete cuore debole, polso piccolo, e perdita assoluta di forze. Per queste sfavorevoli condizioni, la donna venne a mancare il 19 dello stesso mese.

Necropsia — (eseguita nella camera mortuaria dell'Ospedale Maggiore il 20 giugno alle ore 3 pom.). Per quello che spetta ai caratteri esterni del cadavere si deve notare soprattutto una significantissima cifosi ad angolo, la quale aveva sede in corrispondenza delle ultime vertebre dorsali; ed in questa regione la pelle era lievemente escoriata.

Sezionato il cranio, non si rinvenne alcuna lesione rilevante nelle ossa, nelle meningi e nell'encefalo.

Aperto il torace, i visceri occupavano la loro regolare posizione. Sulla superficie esterna del pericardio vedevansi sparsi molti tubercoli di color grigio, della grandezza di un grano di miglio. Incisa questa membrana nel suo interno mancava ogni traccia di granulazioni, sia nella lamina libera, sia nell'esocardio. Il cuore ed i grandi vasi non avevano alcuna alterazione.

Nella cavità pleurale destra si trovava un po' di liquido sieroso, torbido; e la pleura polmonare e la viscerale erano disseminate di tubercoli più numerosi di quelli del pericardio e degli stessi caratteri. A sinistra mancavano interamente le granulazioni, esistendo solo antiche e forti aderenze, che tenevano saldati i due fogli della pleura.

Al taglio dei polmoni, il destro crepitava, lasciava scorrere molto sangue e la superficie di sezione appariva di colore rosso abbastanza vivo. Su di essa spiccavano tubercoli grigi poco numerosi che avevano sede esclusivamente nel lobo inferiore, essendone immuni il medio ed il superiore. In questo polmone, e massimamente all'apice, non si trovavano nè ammassi caseosi, nè cavità ecc.; invece nel bel mezzo del lobo superiore sotto la pleura esisteva un corpicciolo interamente calcificato, del volume di un seme di ciliegia, attorno al quale il parenchima polmonare appariva sano.

Nessuna granulazione tubercolare si vedeva nel polmone sinistro, il quale era in preda ad un certo grado di edema.

La laringe, la trachea ed i bronchi non presentavano alterazioni di importanza. Invece le glandole linfatiche bronchiali erano ingrossate e convertite interamente in una sostanza calcarea.

Per quanta cura ponessi nell'esaminare queste glandole non ne rinvenni alcuna, che offrisse traccia di sostanza caseosa tubercolare recente.

L'esofago si conservava sano.

Aperto l'addome, nel peritoneo si contenevano parecchi litri di un liquido torbido, giallastro. La sierosa poi era iniettata e disseminata di numerosi tubercoli miliari grigi, tanto nella sua lamina libera, quanto in quella, che riveste i visceri. Anche l'epiploon, il mesentero, ecc., presentavano granulazioni tubercolari non in gran numero. Liberi invece rimasero i visceri: e così il tubo digerente, il fegato, il pancreas, la milza, i reni, le capsule suprarenali e l'apparecchio genitale non mostravano nulla di importante. Le glandole linfatiche mesenteriche e retro-peritoneali non erano nè ingrossate nè calcificate.

Tolti di posto tutti questi visceri si verificò che la cifosi della colonna vertebrale dipendeva dalla mancanza del corpo della decima vertebra dorsale e di parte della nona e dell'undecima. Tale mancanza risultava prodotta da antica carie, senza che esistesse la minima traccia di processo in corso.

In questo caso la tubercolosi acuta, manifestatasi clinicamente con sintomi subdoli, si trovò piuttosto estesa, cioè a tutto il peritoneo, alla pleura ed al polmone del lato destro, ed alla superficie esterna del pericardio. Nel cadavere mancava ogni traccia di tubercolosi caseosa ed invece esisteva corrosione dei corpi di alcune vertebre dorsali per pregressa carie, calcificazione delle glandole linfatiche bronchiali ed un nocciolo calcificato nel mezzo del lobo superiore del polmone destro; lesioni tutte che indicano un'antica tubercolosi del tutto finita.

Io non considero l'antica tubercolosi già guarita come cagione della tubercolosi acuta ultimamente sviluppatasi, in quanto che

il Dejerine (1) nelle sue interessanti ricerche ha veduto che i bacilli del Koch si conservano soltanto finchè la tubercolosi è allo stadio caseoso e molle, laddove mancano affatto e costantemente negli ammassi calcificati. Adunque i nodi calcificati, mancando dei bacilli, non si possono ritenere come cagione della genesi di una tubercolosi acuta. Invece questa osservazione, secondo me, conferma ciò che altri fatti tendono a provare, cioè che una tubercolosi guarita, costituisce già una predisposizione ad un nuovo sviluppo della stessa malattia.

Ho già accennato ad una categoria di casi di tubercolosi miliare acuta, nei quali questa malattia trovasi associata ad infiammazioni comuni, sieno essudative, sieno suppurative. E siccome i casi di questa specie sono ancora molto rari, e dagli Autori comunemente non indicati, così sarà opportuno dire qualche parola in proposito.

Il concetto che la tubercolosi acuta potesse collegarsi alla presenza di processi infiammatori non tubercolari, si trova già esposto da parecchi Autori (Vedi in fine nota A), ed io stesso l'espressi in un lavoro che pubblicai fino dal 1875 (2). Ivi descrissi dieci casi di tubercolosi acuta di mia osservazione: in due (e sono quelli riportati poco sopra) mancava qualsiasi centro caseoso cronico; in quattro esistevano centri caseosi in sedi insolite e difficili a rinvenirsi; in quattro infine non si avevano che infiammazioni suppurative ed essudative in parti lontane da quelle nelle quali sviluppossi poi la tubercolosi. E per questi ultimi casi io supposi appunto che l'infiammazione preesistente, in mancanza d'altro, potesse considerarsi come condizione etiologica della tubercolosi.

Di lavori posteriori, che in qualche guisa, col mio possono collegarsi, quantunque sotto punti di vista non perfettamente identici, io non conosco che uno del Litten, uno del Cobianchi ed in parte uno dell'Hanot.

Il Litten (3) racconta la storia di un uomo di 33 anni di buona costituzione e derivazione, il quale ammalò di pleurite acuta si-

(1) Dejerine. « Recherches des bacilles dans la tuberculose calcifiée et caséo-calcifiée. » — « Revue de med. », 1884, N. 12, pag. 921.

(2) Mazzotti. « Sulla tubercolosi miliare acuta. » — « Riv. clin. di Bologna », 1875, N. 10, 11, ott. e nov., pag. 307.

(3) Litten. « Sulla tubercolosi miliare acuta. » Raccolta di conferenze, ecc., edita da R. Volkmann, N. 102. Trad. ital., Napoli, 1880.

nistra da causa reumatica. La pleurite, dopo tre mesi, migliorò molto mediante l'uso di diuretici ed in 20 giorni l'essudato scomparve. Sopraggiunsero allora fenomeni gravissimi, che in breve tempo trassero a morte il malato ed alla necropsia (come l'Autore aveva giudicato in vita) trovossi una tubercolosi acuta miliare nei polmoni, nella milza, nel fegato, nei reni, nelle pleure e nella pia madre.

Oltre a questo ricorda il Litten anche altri due casi. In uno si trattava di un giovine, discendente da una famiglia di tisici, il quale infermò per un essudato pleuritico sinistro, e pel quale dopo cinque settimane si praticò la toracentesi: l'essudato si riprodusse, poi scomparve spontaneamente ed il paziente morì per tubercolosi acuta di molti organi. Il terzo caso fu identico agli antecedenti; solamente qui esistevano antichi indurimenti agli apici polmonari anteriori alla pleurite.

In un lavoro successivo (1) lo stesso Autore aggiunse un altro caso. Una donna di 49 anni, senza eredità sospetta e senza precedenti malattie, entrò nella clinica medica di Berlino, presentando un esteso essudato pleuritico sinistro con spostamento di cuore e cianosi. Mediante la toracentesi si estrassero quattro litri di liquido, il che produsse un momentaneo sollievo alla donna; ma poco appresso sopravvennero fenomeni gravissimi, che portarono la morte. Alla necropsia si rinvenne la pleura senza liquido, ma unicamente con pseudo-membrane, ed oltre ad alcuni nodi caseosi rammolliti agli apici polmonari, esisteva una tubercolosi miliare acutissima estesa ai polmoni, alle pleure, al fegato, alla milza, ai reni e ad altre parti.

Il Litten considera le sue osservazioni soprattutto interessanti per la etiologia della tubercolosi miliare e ritiene i prodotti dell'inflammazione pleurale riassorbiti, capaci di dar luogo appunto allo sviluppo della tubercolosi in individui predisposti.

Adunque i quattro casi del Litten offrono qualche somiglianza coi miei, in quanto che in essi la tubercolosi miliare generale si sviluppò secondariamente ad una inflammatione della pleura. Questo Autore però si discosta da me in ciò che egli considerò soltanto la pleurite, laddove io tenni calcolo anche di altre inflammationi essudative e suppurative, in qualunque parte fosse

(1) Litten. « Ueber die Entwicklung acuter Miliartuberkulose nach stürmischer Resorption oder kunstlicher Entleerung pleuritischer Exudate. » — « Charité-Annalen. » Anno VII, 1882, pag. 191.

la loro sede. E così il Litten mostra di ritenere la pleurite, o meglio la rapida scomparsa dell'essudato, come cagione occasionale dello sviluppo della tubercolosi in persone già predisposte; io invece alle infiammazioni darei piuttosto il valore di cause predisponenti. Ma di ciò dovrò trattare più estesamente in seguito.

Il dott. Cobianchi (1) in un interessante lavoro si è collocato quasi dal mio stesso punto di vista, studiando la tubercolosi secondaria all'infiammazione. Egli però ha considerato la tubercolosi, che si sviluppa nella parte stessa già in preda a precedente flogosi cronica e precisamente nel peritoneo; inoltre egli propende a dare alla tubercolosi, che in tali contingenze si genera, il valore di una tubercolosi locale.

Nella prima parte del suo lavoro, il Cobianchi riferisce cinque osservazioni di vecchi sofferenti di peritonite cronica, nei quali alla necropsopia, oltre detta peritonite, si trovò una tubercolosi acuta recente del peritoneo stesso. Però in due di queste osservazioni la tubercolosi cominciava già a manifestarsi anche a distanza, e così nella 2.^a si avevano pochi tubercoli sparsi nel polmone sinistro e nella 5.^a tubercoli più numerosi si vedevano nei due polmoni. Inoltre nella stessa memoria il Cobianchi racconta altri casi, fra cui uno di una donna (Oss. B.) di 75 anni malata da molto tempo di bronchite cronica con bronchiectasie, nella quale insorse da ultimo una tubercolosi acuta del peritoneo, senza degenerazione caseosa e senza traccia di infiammazione peritoneale.

Il lavoro del Cobianchi appoggia dunque il mio modo di vedere, ed i fatti da lui raccolti si collegano abbastanza intimamente coi miei.

L'Hanot (2) dedica un capitolo di una sua tesi alle infiammazioni pretubercolari; ma considera soltanto i processi infiammatorii cronici, che nei singoli organi precedono la tubercolosi cronica. Così, per esempio, rispetto all'apparecchio respiratorio, egli tratta delle bronchiti e delle bronco-pneumoniti croniche, che possono dar luogo alla tubercolosi cronica, ossia alla tisi polmonare. Riconosce però la somma importanza della questione

(1) Cobianchi. « La peritonite cronica e la tubercolosi del peritoneo dei vecchi. » — « Arch. med. Ital. » Anno I, 1882, fasc. III, marzo, pagina 230.

(2) Hanot. « Des rapports de l'inflammation avec la tuberculose. » — « Thèse d'agrégation. » Paris, 1883, Cap. VI, pag. 113.

generale se la infiammazione possa annoverarsi fra le cagioni di tubercolosi; ma ne vede tutte le difficoltà e si mostra titubante prima di pronunciarsi. Ad ogni modo egli propende a riconoscere nell'infiammazione una causa occasionale di tubercolosi cronica negli individui che per altre ragioni vi siano predisposti. Ma il problema, di cui io mi sono occupato, se cioè lo sviluppo di una tubercolosi acuta possa stare in qualche rapporto con una infiammazione preesistente, dall'Hanot non viene nemmeno indicato.

Nel capitolo menzionato, quest' Autore parla di un caso, che in qualche guisa si potrebbe avvicinare ai miei: esso riguarda una donna sulla quarantina, la quale, dopo essere stata molto tempo inferma per piaghe croniche ai piedi, morì per tubercolosi miliare quasi generalizzata.

Qui si fermano le scarse nozioni, che dagli Autori ho potuto raccogliere concernenti l'argomento del rapporto genetico fra tubercolosi acuta ed infiammazione. Che se nello scorrere i periodici medici mi è capitato di leggere qualche storia di tubercolosi acuta miliare associata ad infiammazione, non ho trovato in esse chiariti i punti fondamentali, che a me importavano e massimamente i rapporti di tempo fra i due processi morbosi: quindi io ho creduto di non doverli riportare. Di osservazioni mie proprie invece ne ho raccolte quattordici, le quali, insieme alle quattro già pubblicate nell'antecedente lavoro, costituiscono un contingente di fatti abbastanza discreto, specialmente in una lesione (a detta di tutti) straordinariamente rara. Io riporterò queste osservazioni collo stesso sistema tenuto per quelle dell'altra categoria, cioè esporrò estesamente le inedite e riepilogherò quelle già pubblicate.

OSSERVAZIONE 5.^a — *Colite cronica ulcerativa. — Tubercolosi acuta miliare del peritoneo* — Il giorno 20 luglio 1884 venne trasportata all'Ospedale Maggiore di Bologna e destinata alla sezione medica da me diretta (Sala Redi. Letto N.º 241) una povera donna, certa Teresa C... d'anni 64, vedova. Lo stato di quella infelice destava ripugnanza e nello stesso tempo compassione, tanta era la sudiceria che imbrattava il suo corpo, tanto i pidocchi che ne popolavano il capo. Pulita convenientemente, confortata di cibo e di vino, essa raccontò di esser malata fino dal mese di aprile 1884, e che le sofferenze sue consistevano in diarrea ed in dolori all'addome, i quali avevano seguitato sino al giorno d'ingresso in Ospedale. Aggiunse che in tutto questo tempo ella era stata abbandonata in un miserabile giaciglio senza che alcuno si curasse di

nettarla e di amministrarle rimedi, e che i suoi parenti si contentavano di portarle appena appena qualche po' di cibo affinchè non avesse a morire di fame. Buona e rassegnata questa infelice raccontava ciò colla massima naturalezza, senza mostrare segni di risentimento contro la famiglia, che verso di lei erasi condotta in modo così inumano.

L'esame obbiettivo diede il seguente risultato: Notevolissima denutrizione generale, ventre uniformemente voluminoso, senza alcuna traccia di circolo venoso sotto cutaneo; dolente alla pressione, e manifestamente fluttuante. Palpando il ventre non si avvertivano corpi o durezza abnormi; il fegato però risultava alquanto ingrandito. Le materie fecali, scure, semiliquide, ed uniformi non contenevano traccia alcuna di sangue. Polso piccolo. Temp. $37^{\circ},6^{\circ}$.

Nei giorni seguenti, la donna ebbe un breve periodo di miglioramento. Le evacuazioni si fecero meno frequenti, le materie più unite, i dolori diminuirono alquanto e si destò un poco il senso dell'appetito. Però alla sera si verificava costantemente un po' di febbre non caratterizzata da freddo, ma semplicemente da un senso di calore generale e di arsuria alla bocca. Ed il termometro al mattino segnava quasi costantemente una temperatura inferiore ai 37° , ed alla sera passava i 38° , raggiungendo come massimo i $38^{\circ},5$.

Il periodo di miglioramento non si mantenne a lungo, poichè sui primi giorni di agosto si ripresentarono le evacuazioni liquide e numerose, l'appetito tornò a perdersi, la mancanza di forze e la denutrizione progredirono, e da ultimo comparve un lieve edema generale. Fatti nuovi subbiettivi ed obbiettivi non se ne presentavano, ma tutto si riduceva a quello che ho indicato superiormente, cioè dolori addominali moderati, spontanei, ed alla pressione; presenza di liquido libero nella cavità peritoneale; evacuazioni diarroidiche e febbre vespertina.

La morte ebbe luogo il 7 agosto alle ore 5 antimeridiane.

Necropsia — (Eseguita nella camera mortuaria dell'Ospedale Maggiore il giorno 8 agosto alle ore 7 antimeridiane). Il cadavere esternamente non presentava nulla di speciale. Nel cranio, nelle meningi e nell'encefalo non si aveva nessuna alterazione.

Aperto il torace si rinvenne molto liquido sieroso, privo di fiocchi fibrinosi nelle cavità pleuriche d'ambo i lati, estratto il quale la sierosa non mostrava la minima traccia di lesione. Il pericardio tanto esternamente, quanto internamente appariva sano.

Lo stesso dicasi del cuore, nel quale esisteva unicamente un leggerissimo ingrossamento dei veli della valvola mitrale.

La laringe e la trachea erano normali. I bronchi grandi e medii di ambo i lati contenevano catarro denso, ed avevano la mucosa alquanto iniettata. I polmoni compressi dal trasudamento endo-pleurale non offrivano che uno stato di splenizzazione nei due lobi inferiori, essendo affatto immuni da lesioni tubercolari recenti ed antiche.

La faringe e l'esofago si conservavano sani.

Aperto l'addome si videro entro la cavità peritoneale circa cinque o sei litri di un liquido, di colore giallastro, molto torbido che stava raccolto in basso ed ai lati, mentre le anse degli intestini tenui si erano raggruppate verso il centro. Il grande epiploon ingrossato e rattrato sul colon trasverso presentava molti tubercoli. Del pari da un numero infinito di tubercoli miliari grigi e gialli era tempestato tutto il peritoneo sia nella lamina libera sia in quella che riveste lo stomaco e gli intestini, la vescica, l'utero, ecc.; inoltre tutta la sierosa si vedeva molto iniettata.

Lo stomaco e gli intestini tenui non avevano lesione alcuna. Non così dicasi del crasso, la mucosa del quale dal cieco sino all'ano si vedeva ingrossata, di colore grigiastro e sparsa di numerose ulceri. Tali ulceri regolari, rotondeggianti, di varia grandezza (il loro diametro variava da pochi millimetri a due e tre centimetri) avevano margini piani pigmentati in scuro, fondo piano ed occupavano la sola mucosa. Per quanto minutamente esaminassi tali ulceri non potei vedere nè sul fondo, nè sui margini, nè sulla mucosa circostante traccia alcuna di granulazioni tubercolari. Anche la sierosa corrispondente non conteneva maggior numero di tubercoli delle altre sezioni peritoneali. Le glandole linfatiche mesenteriche e retro-peritoneali non erano ingrossate nè mostravano lesioni tubercolari.

Esaminati con somma cura tutti gli altri visceri addominali trovai che il fegato ingrandito non presentava che una infiltrazione grassosa abbastanza avanzata, che i reni contenevano piccole cisti, e che del pari piccolissime cisti si vedevano nei legamenti larghi. In una parola tutti questi organi non presentavano che alterazioni di secondaria importanza, certamente poi erano del tutto immuni da tubercoli e da lesioni di carattere tubercolare.

OSSERVAZIONE 6.^a — *Bronchite catarrale cronica. Enterite catarrale cronica con ulcerazioni. — Tubercolosi miliare acuta dei polmoni, del peritoneo, del fegato e della milza.* — Pietro P... da parecchi anni soffriva di tosse, la quale però nel mese di marzo 1884 diventò insistente e molesta; non solo, ma continuò anche nei mesi successivi tanto che il giorno 26 giugno ei fu costretto a cercare ricovero in Ospedale (Sala Malpighi, letto N. 3). L'infermo era un uomo robusto di 68 anni, che esercitava il mestiere di facchino nella Banda musicale del Municipio di Bologna; di ottima derivazione ed immune da malattie di rilevanza: egli si abbandonava all'abuso del vino, ogni volta che la sue povere condizioni glielo permettevano.

Esaminato al torace non si riscontrava nessun cambiamento di sonorità alla percussione; all'ascoltazione poi si avvertivano numerosi rantoli mucosi, sparsi, senza alcuna sede di preferenza. Alla base del torace posteriormente si udiva un manifesto rumore di sfregamento molto più sensibile a sinistra che non a destra.

Dopo qualche giorno la temperatura che prima oscillava fra 37°,5 ed

i 38°,5 si elevò oltre l'ordinario e la sera del 30 giugno si ebbero 40°; ma presto si abbassò dopo l'amministrazione di bisolfato di chinina e di salicilato di sodio, di modo che il giorno 3 luglio il malato era già apiretico. (36°,5 al mattino; 36°7 alla sera).

Si mantenne buono lo stato di quest' uomo per un paio di settimane e precisamente sino al 18 luglio, in cui si ebbe nuova elevazione di temperatura (38°,5) senza che egli avvertisse speciali sensazioni moleste, anzi sentendosi bene e mangiando con buon appetito. La tosse continuava moderata ma secca, ed obbiettivamente si riscontravano soltanto i soliti rantoli sparsi ed il rumore di soffregamento nella parte posteriore del torace.

Da allora in poi la febbre si mantenne continua, quantunque non molto forte (massima temperatura 39°) ordinariamente esacerbava la sera e rimetteva il mattino; talvolta però accadeva l'inverso avendosi le maggiori elevazioni nelle ore antimeridiane. Fenomeni particolari che attirassero l'attenzione sopra questo malato non si presentarono: mancarono del tutto i dolori addominali, la diarrea ecc., e tutto si riduceva alla tosse secca a cui da ultimo si aggiunse afonia.

Negli ultimi giorni sopraggiunse delirio e quindi abbattimento di forze, coi quali sintomi avvenne la morte il 6 settembre 1884.

Necropsia — (eseguita il giorno successivo nella camera mortuaria dell'Ospedale Maggiore). — Non si riscontrò nulla di particolare all'esame esterno del cadavere; lo stesso dicasi per rispetto alle ossa del cranio, ed alla dura meninge, che conteneva ne' suoi seni un'abbondante quantità di sangue.

Alla volta l'aracnoide appariva opaca ed alquanto ingrossata in modo uniforme, e sotto di essa trasparivano turgidi i vasi arteriosi e venosi delle pia madre: questa meninge però si staccava benissimo dal sottostante cervello, il quale guardato dall'esterno non indicava nulla di rilevante. Alla base mancava ogni traccia d'essudato: le arterie erano piene di sangue ed alquanto ateromatose. Fatte le più minute indagini per rilevare se esistessero granulazioni tubercolari non se ne riscontrò alcun indizio. Il cervello esaminato minutamente in tutte le parti non presentò nessuna alterazione.

All'apertura del torace per la retrazione dei margini polmonari si vedeva scoperto molto pericardio, il quale per altro, sia esternamente, che internamente appariva normale.

Fra i due fogli dalla pleura esistevano aderenze sotto forma di briglie da ambo i lati, lacerate le quali ed estratti i visceri si notò quanto appresso: La laringe mediocrementemente iniettata, presentava sulle corde vere due ulcerette regolari e poco profonde, una maggiore a destra ed un'altra minore a sinistra con margini piani e fondo grigiastro. La mucosa della trachea e dei bronchi grandi e medii si vedeva di colore rosso scuro con notevole iniezione. Dello stesso colore appariva anche la parete interna dei bronchi piccoli nei quali l'epitelio erasi staccato.

Questi bronchi oltre al contenere catarro grigio, denso, poco aerato mostravano un allargamento evidentissimo del loro lume senza ingrossamento sensibile della parete.

I polmoni voluminosi e soffici crepitavano al taglio. In entrambi sulla superficie di sezione rosso-scura si vedevano alcuni tubercoli miliari grigi, ove isolati, ove riuniti in gruppetti, senza alcuna sede prevalente: mancavano affatto i grandi ammassi caseosi e le caverne.

Al cuore si notava che le valvole tricuspide, bicuspidale e semilunari dell'aorta avevano i veli alquanto ingrossati ed opacati e che l'aorta era ateromatosa.

L'esofago appariva sano.

Aperto l'addome, nella cavità peritoneale contenevasi una discreta quantità di siero torbido di color biancastro, che stava raccolto specialmente in basso e nelle parti laterali. Il peritoneo parietale e viscerale molto iniettato era gremito di un infinito numero di tubercoli sotto forma di piccolissime granulazioni grigie. Inoltre il grande epiploon in alto si vedeva trasformato in una specie di cordone, duro, irregolare, nel quale i tubercoli si presentavano in numero straordinario.

Esaminati i visceri, lo stomaco non si vedeva alterato. Lo stesso dicasi dell'intestino ileo, fino circa ad un metro e mezzo dalla valvola ileo-cecale, nel qual punto si trovava un'ulcera della grandezza di una moneta da due centesimi con margini sollevati ed alquanto irregolari circondati da un alone pigmentato in nero: la stessa pigmentazione esisteva anche nel fondo. Del resto mancavano le granulazioni tubercolari e la tumefazione dei follicoli solitari e delle chiazze del Peyer.

Nel crasso e precisamente nel colon trasverso si avevano due o tre ulceri simili a quelle dell'ileo, ma più grandi ed estese in senso trasversale: anche in esse spiccava la pigmentazione nera nel fondo ed attorno ai margini.

Il fegato di grandezza naturale e pallido lasciava scorgere non pochi tubercoli piccolissimi e grigi. Nella milza invece esistevano tubercoli numerosi e grandi come teste di spillo di color giallo e duri.

Nel pancreas ed in tutto l'apparecchio urinario e genitale non si riscontrò alcuna lesione degna di nota, ad eccezione di una cisti del volume di una noce nel rene sinistro, e piena di liquido bianco-giallognolo.

Esaminate da ultimo le glandole linfatiche e le altre parti tutte del cadavere non si rinvenne alcun centro tubercolare cronico o caseoso.

In queste due osservazioni la tubercolosi acuta miliare andava unita ad infiammazione catarrale cronica delle mucose. Dall'andamento clinico e dal reperto necroscopico, risultò ad evidenza come la flogosi catarrale ulcerativa precedesse lo sviluppo della tubercolosi. E quest'ultima aveva sede non già nella parte in

preda al processo flogistico, ma a distanza; erasi inoltre manifestata in individui di età piuttosto avanzata e che per la loro costituzione non si sarebbero ritenuti disposti alla tubercolosi. Fra l'un caso e l'altro abbiamo poi questa differenza, che nella donna (Oss. 5.^a) l'infiammazione catarrale ulcerativa limitossi al colon e la tubercolosi acuta al solo peritoneo; laddove nell'uomo (Oss. 6.^a) l'infiammazione occupò la mucosa dei bronchi e dell'intestino tenue e crasso, e la tubercolosi si diffuse ai polmoni, al peritoneo, al fegato ed alla milza. Inoltre la donna avea vissuto per qualche tempo nelle condizioni le più deplorabili di vitto e di abitazione, le quali cose nell'uomo non eransi verificate.

OSSERVAZIONE 7.^a — *Pleurite destra ad essudato siero-fibrinoso. Enterite catarrale ulcerativa. Leptomeningite acuta della volta. — Tubercolosi acuta miliare del lobo superiore del polmone sinistro.* — Teresa V..., di anni 55, vedova, fabbricatrice di scatole da fiammiferi, fu donna di lodevole derivazione e ben costituita, la quale non soffrì mai malattie di grave entità. A metà di aprile dell'anno 1875, ella cominciò a risentire un dolore puntorio non molto vivo verso la base del torace destro, accompagnato da tosse secca ed insistente, da dispnea e da moderata febbre. Sottopostasi ad appropriata cura, ebbe alcuni giorni di relativo benessere susseguito da altri di peggioramento; però non fu più in caso di alzarsi da letto, perchè molto indebolita dal persistere della febbre, dalla mancanza di appetito, e da diarrea piuttosto abbondante. Vedendo che la malattia non tendeva a guarire il giorno 21 maggio 1875 entrò nell'Ospedale Maggiore di Bologna (1.^a Sezione medica, diretta dal prof. Brugnoli).

All'esame dell'inferma si verificava la buona costituzione generale, e la nutrizione abbastanza florida. Al torace anteriormente non si aveva nulla di speciale alla percussione ed all'ascoltazione e i toni del cuore erano normalissimi. Dalla parte posteriore, mentre a sinistra la sonorità conservavasi naturale, a destra invece, cominciando dalla spina della scapola, il suono si rendeva smorzato, finchè alla base diventava ottuso del tutto. Ascoltando a sinistra si udivano alcuni rantoli a bolle grandi e medie ed a destra il respiro, indistinto in alto, veniva abolito affatto alla base. Il fremito tattile e vocale erano sensibilmente diminuiti da questa parte. L'addome, quantunque un po' tumido, si manteneva indolente. Temperatura 38°.

In seguito l'inferma si conservò febbricitante con esacerbazione alla sera e remissione al mattino. Del resto ella non si lagnava di nessun male, anzi diceva di sentirsi bene e di volersi alzare dal letto; aveva però sempre tosse senza escreato, pochissimo appetito ed evacuazioni diarroiche, quantunque non molto numerose, nè accompagnate da dolori all'addome. I segni fisici da parte del torace non indicavano nessun cambiamento.

Circa il 12 o il 13 del successivo mese di giugno, la malata cominciò a manifestare un subdelirio specialmente alla notte, che passava insonni ed al mattino si trovava immersa in profusi sudori colla pelle del torace o del ventre coperta da abbondanti vescichette migliariformi. Il sudore e la comparsa di queste vescicole coincidevano con un abbassamento notevole di temperatura (circa 36° al mattino, 39° ed anche più alla sera). Con questi sintomi ella cessò di vivere nelle ore antimeridiane del 19 giugno.

Necropsia — (eseguita il 20 giugno nella sala anatomica dell'Ospedale Maggiore). — Nel capo le ossa e la dura madre non offrivano nulla di notevole. La pia madre molto iniettata, mostrava un opacamento ed una essudazione in corrispondenza della volta, massimamente nella regione frontale, laddove alla base l'essudato mancava. Il cervello poi si conservava inalterato.

Al torace nella cavità pleurale destra si conteneva più di un litro e mezzo di un liquido giallo-sporco, torbido con fiocchi di fibrina. La pleura poi appariva ingrossata ed iniettata soprattutto nella sua porzione diaframmatica. Il polmone corrispondente compresso non mostrava nessuna lesione. Invece nel sinistro, si scorgevano nel lobo superiore non pochi tubercoli miliari, grigi, sporgenti dalla superficie, senza alcun nodo caseoso nè ivi, nè in altre parti. Il cuore era normale, l'aorta ateromatosa.

Nella cavità addominale tutta la mucosa dell'intestino tenue vedevasi disseminata da numerose ulcere rotondegianti piuttosto profonde con margini regolari, e fondo piano, rosso-grigiastro. Di tubercoli non si aveva la minima traccia nè nelle ulcere, nè nella mucosa, nè nella sierosa, nè nelle glandole linfatiche del mesentere. Del resto il fegato era grande e di colore rosso-scuro, la milza pure grande e molle. L'apparecchio urinario e il genitale non avevano nessuna lesione.

Questa osservazione si congiunge alle due antecedenti per la esistenza di una infiammazione catarrale ulcerativa della mucosa dell'intestino tenue; in questa però havvi inoltre una infiammazione essudativa della pleura destra. La duplice infiammazione catarrale della mucosa e siero-fibrinosa della sierosa precedettero, senza dubbio, lo sviluppo della tubercolosi acuta, la quale si può ritenere come un avvenimento degli ultimi tempi della vita della donna. Rispetto alla leptomeningite, ella deve essere insorta assai tardi, posteriormente od almeno contemporaneamente alla tubercolosi acuta. La tubercolosi poi nel caso attuale si rinvenne assai circoscritta, al solo lobo superiore del polmone destro, ossia dalla parte opposta a quella della pleurite. Finalmente conviene aver presente l'età piuttosto avanzata della donna e l'assenza non solo di qualunque centro tubercoloso cro-

nico, ma di tutte le condizioni ritenute quali predisponenti alla tubercolosi.

OSSERVAZIONE 8.^a — *Pleurite destra ad essudato siero-fibrinoso.* — *Tubercolosi acuta miliare dei due polmoni.* — Eva Z... d'anni 55 nubile, cenciaiuola, entrò nella seconda sezione medica dell'Ospedale Maggiore di Bologna la sera del 21 dicembre 1881 e venne collocata nella sala Mascagni al letto N°. 216. Allorquando il 1° gennaio 1882 io assunsi la direzione di questa sezione, appresi che questa donna ivi giaceva, perchè malata di pneumonite acuta del lobo inferiore destro allora in risoluzione.

Io trovai l'inferma apiretica, con poca tosse e senza rilevanti sofferenze. In appresso perdurando la tosse, rilevai la presenza di un essudato pleuritico, che occupava quasi tutta la cavità toracica destra, non che un catarro bronchiale diffuso. Dopo l'applicazione di un vescicante, diminuì la quantità di liquido, ma la donna non riacquistò la salute, giacchè seguì a soffrire di tosse piuttosto insistente con poco escreato catarrale, e di affanno di respiro, mentre la sua nutrizione andava ognor più deperendo. L'infelice continuò in tale stato per qualche tempo allorchè nei primi di marzo venne colta da delirio ed insonnia, coi quali sintomi morì il giorno 6 di detto mese.

Necropsia (1) — Non havvi nulla da notare intorno ai caratteri esterni del cadavere.

Aperto il cranio le ossa non mostrano nulla di rilevante; lo stesso dicasi della dura madre, i seni della quale sono pienissimi di sangue coagulato. L'aracnoide si vede liscia e trasparente, e la pia assai iniettata, sia nelle arterie che nelle vene, però non aderisce al sottostante del cervello, il quale esaminato in tutte le sue parti più minute non mostra alcuna alterazione.

I visceri toracici occupano una regolare posizione.

Il pericardio contiene nella sua cavità circa trenta grammi di liquido sieroso e non appare alterato. Anche il cuore esaminato internamente non indica nessuna lesione nelle carni muscolari, nelle valvole e negli orifizi. Non così dicasi dell'aorta, la superficie interna della quale è giallastra, opaca, scabra ed ingrossata da molteplici sollevamenti duri e alcuni anche calcificati.

Esaminato l'apparecchio respiratorio, nella cavità della pleura destra si trova un'abbondante quantità di liquido denso, torbido, di colore rossigno, che tiene sospesi parecchi fiocchi di fibrina; i due

(1) La necropsia venne eseguita il giorno 9 marzo nel Laboratorio di anotomia patologica della Regia Università (anno scolastico 1881-82, necropsia N°. 50). Alla fine della sezione io stesso ne esaminai i pezzi patologici.

fogli della pleura, il costale ed il viscerale si vedono ingrossati. A sinistra invece non si ha che un po' di liquido semplicemente sieroso entro la cavità della pleura, la quale a sua volta, non appare alterata.

I polmoni, visti dall'esterno, non hanno nulla di rilevante, tranne un colorito rosso cupo verso la parte posteriore.

La laringe e la trachea contengono un catarro bianco-grigiastro, vischioso, tolto il quale la mucosa si vede iniettata. Un catarro consimile si trova anche nei bronchi grandi, medii e piccoli, la mucosa dei quali è violacea parimenti per iniezione.

Il polmone destro tagliato crepita, e lascia scorrere un po' di sangue misto a mediocre quantità di siero spumoso. La superficie di sezione un po' più scura dell'ordinario è disseminata da moltissimi tubercoli miliari grigi e prominenti. Praticando altri tagli nel polmone si veggono dappertutto molti tubercoli grigi; mancano affatto le cavità e gli ammassi caseosi.

Il polmone sinistro al taglio offre gli stessi caratteri del destro; anche in esso si vedono disseminati i tubercoli, che però sono meno numerosi che non nell'altro.

Le glandole bronchiali si conservano intatte.

Nulla havvi di notevole nella faringe e nell'esofago.

I visceri della cavità addominale, esaminati accuratamente, non mostrano alcuna alterazione rilevante: la milza soltanto è grossa e molle. Dappertutto mancano affatto i tubercoli miliari, e le degenerazioni caseose.

Se nella osservazione antecedente si trattava di una doppia infiammazione, cioè di una mucosa e di una sierosa, qui invece esisteva soltanto una pleurite essudativa destra. Perciò questo caso offre molta somiglianza con quelli descritti dal Litten (1), poichè anche qui la tubercolosi acuta insorse dopo la diminuzione notevole (non la totale scomparsa) di un essudato pleuritico siero-fibrinoso. In questo caso mancava però ogni traccia di tubercolosi cronica preesistente.

OSSERVAZIONE 9.^a — *Pleurite destra ad essudato siero-fibrinoso. — Tubercolosi acuta miliare della pleura sinistra e della tonaca esterna dell'aorta toracica ed addominale* (riassunto). — Giuseppe L..., d'anni 45 cocchiere fu uomo molto robusto, che nella prima gioventù abusò dei piaceri di Bacco e di Venere, riportandone blennorragie con orchiti. Alla fine di novembre 1873 cadde infermo di pleurite destra, per la qual malattia il 7

(1) Litten. « Sulla tubercolosi miliare acuta. » Raccolta delle conferenze cliniche ecc. edita dal prof. R. Volkmann. Napoli, 1880.

gennaio 1874 entrò nell' Ospedale Maggiore di Bologna (1^a sezione medica, diretta dal prof. Brugnoli).

La pleurite, dopo un periodo di lieve miglioramento, rimase stazionaria, mantenendosi però le condizioni del malato abbastanza buone. Improvvisamente nella notte del 5 marzo insorse un forte dolore puntorio al torace sinistro, seguito da dispnea, tosse e febbre. Si avvertirono i segni fisici di una pleurite essudativa destra, che condusse a morte il malato il 5 aprile.

Necropsia. — Stasi meningea. Ingrossamento notevole della pleura costale destra per depositi stratificati di essudato fibrinoso, con poco liquido rossigno torbido nella cavità. Nessun tubercolo nè in essa, nè nel polmone corrispondente. Numerosi tubercoli miliari nella pleura costale sinistra con essudato fibrinoso recente. Nessun tubercolo nel polmone. Molti tubercoli invece nella tonaca esterna dell'aorta toracica ed addominale. Nessun tubercolo nei visceri addominali. Assenza totale di tubercolosi cronica in tutto il corpo.

In questo caso, come nei precedenti, come in quelli del Litten, ad una pleurite essudativa comune tenne dietro il rapidissimo sviluppo di una tubercolosi miliare. Se non che qui la tubercolosi si limitò alla pleura del lato opposto ed alla tonaca esterna dell'aorta, risparmiando i polmoni e tutti gli altri visceri. In questo caso poi si trattava di un soggetto di media età, oltremodo robusto e senza residui di tubercolosi cronica localizzata.

OSSERVAZIONE 10.^a — *Monoartrite cronica essudativa del ginocchio sinistro. Assorbimento dell'essudato sieroso. — Tubercolosi acuta miliare del peritoneo.* — Amalia G... d'anni 22 nubile contadina, ebbe genitori e congiunti sanissimi, meno un fratello, che morì per malattia di petto consuntiva. Ella crebbe sana e robusta fino all'età di 18 anni, epoca nella quale menstruò per la prima volta. In seguito le mestruazioni non furono mai regolari; ma ordinariamente mancavano per due o tre mesi, per presentarsi poscia come vere metrorragie. Oltre a ciò la ragazza veniva tormentata da vari disturbi, i quali quantunque di lieve entità, le impedivano di godere una perfetta salute.

All'età di 19 anni, senza alcuna cagione apprezzabile, ella cominciò a soffrire di dolore all'articolazione del ginocchio sinistro, la quale a poco a poco si tumefecce, senza che lo stato generale punto se ne risentisse. Tale malattia si mantenne ribelle a varie cure locali e generali per circa tre anni; perciò la ragazza per liberarsene interamente, il 3 maggio 1875 entrò nella prima sezione chirurgica dell' Ospedale Maggiore di Bologna, diretta dal prof. Rizzoli.

Qui ella fu giudicata affetta da *artrite cronica del ginocchio sinistro con versamento liquido endo-articolare*, e fu curata con un apparecchio inamovibile gessato all'articolazione malata, e con ioduro di po-

tassio per uso interno. In breve tempo il ginocchio diminuì di volume, i dolori cessarono; di guisa che dopo una ventina di giorni poteva dirsi guarita, allorchè insorsero dolori vaganti all'addome specialmente alle regione ipogastrica, febbre intensa e diarrea. Per tali fenomeni, che non richiedevano più cura chirurgica, l'inferma fu trasferita nella prima sezione medica (Professore Brugnoli) di detto Ospedale il 28 maggio.

La ragazza, alta di statura, bene conformata e di buona costituzione mostravasi alquanto denutrita. L'addome era di figura esagonale, voluminoso, massime nella regione sotto-ombellicale, liscio e con pelle normale. Col palpamento si destavano moderati dolori e non si avvertivano durezza o resistenze abnormi: la fluttuazione risultava evidentissima. Il fegato e la milza non apparivano alterati: lo stesso dicasi degli organi toracici. Temperatura 40°,6.

Per alcuni giorni l'inferma si mantenne con forti dolori addominali, con inappetenza e diarrea. In principio di Giugno rimisero alquanto i fenomeni addominali; ma insorse dolore al torace sinistro, tosse insistente e secca e presto si manifestarono i segni fisici di una pleurite sinistra ed essudato siero-fibrinoso. La febbre si riaccese, mantenendo un tipo irregolare.

Lo stato or ora descritto continuò per tutto il mese di giugno. In principio di luglio si ebbero evacuazioni alvine abbondantissime precedute da dolori; cominciò a scemare l'essudato liquido della cavità peritoneale, di guisa che verso la metà del mese era affatto scomparso, laddove l'essudato pleuritico si conservava nelle identiche condizioni. Non per questo la ragazza si rimetteva, anzi si avvicinava all'esito letale, perchè la febbre continuava elevata, la nutrizione scadeva ogni giorno di più, ed ella aveva non solo inappetenza, ma avversione a tutti i cibi. A poco a poco sopravvennero edemi agli arti inferiori, cancrena da decubito, e dopo molto sofferenze quell'infelice cessò di vivere il 31 luglio 1875.

Necropsia — (eseguita nella sala anatomica dell'Ospedale il 1° agosto). Il cadavere, in istato di putrefazione iniziata, mostrava una notevolissima denutrizione e parecchie cancrene nella parte posteriore del tronco. Il capo non venne esaminato per ragioni particolari.

Aperto il torace si notavano a destra alcune aderenze tenaci ed antiche fra i due fogli della pleura, laddove il polmone si conservava normale. A sinistra dentro la cavità esisteva un buon litro e mezzo di liquido sieroso torbido di colore giallo-citrino: sulla pleura polmonare e sulla costale stava depositato uno strato piuttosto grosso di essudato fibrinoso molle e lacerabile. Nè nella pleura, nè nel polmone corrispondente si vedevano tubercoli. Il cuore ed i vasi non erano alterati.

Aperto l'addome si trovarono alcune aderenze facilmente lacerabili fra il peritoneo parietale ed il grande epiploon. Nella cavità stava raccolto un po' di liquido torbido di colore verde-sporco, con qualche

fiocco fibrinoso. Tutto il peritoneo poi, sia nella tonaca libera, sia in quella, che riveste gli intestini, era tempestato da un infinito numero di tubercoli di color grigio, duri e rilevati, il cui volume variava da un grano di miglio ad un seme di canapa. Internamente lo stomaco e gli intestini avevano la mucosa alquanto tumida, ricoperta di catarro, con alcune ulceri follicolari nel crasso. Le glandole linfatiche mesenteriche e retro-peritoneali di normale grandezza non mostravano nè tubercoli, nè ammassi caseosi. Fegato in istato di incipiente degenerazione grassosa; milza grande e molle, reni ed organi genitali non alterati.

Nell' articolazione del ginocchio sinistro si riscontrava all'esterno ingrossamento dei tendini, delle aponeurosi e della sinoviale. Internamente poi non si aveva alcuna traccia di liquido; ma le cartilagini articolari, soprattutto quelle della tibia si vedevano opacate, ed in qualche punto corrose in guisa da lasciare scoperto l'osso, il quale a sua volta non appariva alterato. In nessun punto esistevano pus, sostanza caseosa o tubercoli.

L' importanza di questo caso è così evidente che non abbisogna di molte spiegazioni. La tubercolosi del peritoneo sviluppossi acutamente, dopo la scomparsa rapida di un essudato sierofibrinoso dell' articolazione del ginocchio; ma la ragazza vi era predisposta sia per eredità, sia per non godere in precedenza di perfetta salute. Per tali circostanze l'osservazione attuale rassomiglia molto a quelle del Litten; ma in questa nostra l'essudato invece che pleuritico, era endo-articolare.

OSSERVAZIONE 11.^a — *Peritonite ad essudato fibrinoso-purulento* — *Tubercolosi acuta miliare del polmone sinistro* (riassunto) — Pasqua G...., d'anni 21 bracciante, campagnuola, entrò nella prima sezione medica dell' Ospedale Maggiore di Bologna (prof. Brugnoli) il giorno 22 febbraio 1874. Risultava che era malata da circa tre mesi per dolori addominali non molto forti, e febbri ad accessi; nell'ultimo mese soltanto si aggiunsero tosse secca e dolore al torace.

In Ospedale non presentò fenomeni degni di nota, e morì il 27 marzo dello stesso anno.

Necropsia. — Le anse intestinali stavano unite fra loro per mezzo di un essudato solido, fibrinoso, non molto tenace. Divaricando tali anse apparivano parecchie cavità contenenti pus di buona apparenza. Nel peritoneo ed in tutti i visceri addominali non si avevano tubercoli.

Invece molti tubercoli miliari grigi stavano nel lobo superiore del polmone sinistro, laddove mancavano nel destro ed in tutte le altre parti situate nella cavità del torace e del cranio. Mancavano del pari i centri caseosi nelle glandole linfatiche, nei polmoni, ecc.

Con questa osservazione vediamo cambiare il processo infiammatorio, poichè, se nelle antecedenti l'essudato era semplicemente siero-fibrinoso, in questa all'essudato fibrinoso si univa il purulento. Nei casi seguenti vedremo essudati del tutto purulenti ed ascessi diffusi e circoscritti.

OSSERVAZIONE 12.^a — *Peritonite suppurativa. — Tubercolosi acuta miliare dei polmoni* (riassunto). — Maria B., d'anni 27, donna di buona derivazione e robusta, aveva già partorito tre volte regolarmente. Durante la quarta gravidanza cominciò a risentire dolori alla regione ipogastrica e frequenti brividi verso sera. Il giorno 2 settembre ella diede alla luce un feto di sei mesi, che poco appresso morì. I dolori addominali e la febbre aumentarono di molto, così che il 10 settembre fu costretta ad entrare in Ospedale (prima sezione medica, prof. Brugnoli). Ivi si riscontrò versamento liquido nella cavità peritoneale, temperatura molto alta alla sera fra i 39° ed i 40° ed un po' più bassa al mattino (fra i 38° ed i 39°) tosse secca notturna, abbattimento generale. Morì la mattina del 28 settembre.

Necropsia. — Nella cavità peritoneale esistevano tre o quattro litri di un liquido purulento giallo-verdognolo, alquanto fluido negli strati superficiali, più denso nelle parti profonde. Il peritoneo parietale e viscerale era rivestito da strati d'essudato fibrinoso, senza alcuna traccia di tubercoli. Nessuna lesione rilevante trovavasi negli organi genitali e negli altri visceri addominali. I due polmoni erano uniformemente gremiti di tubercoli miliari grigi. Nulla di speciale riscontravasi nelle pleure, nell'apparecchio circolatorio, nel cervello, nelle meningi.

Nell'osservazione attuale, analoga alla precedente, abbiamo peritonite prevalentemente suppurativa, la quale cominciò durante la gravidanza e raggiunse il suo massimo sviluppo dopo il parto. A questa infiammazione peritoneale suppurativa tenne dietro una tubercolosi miliare tipica dei due polmoni, senza che altre cagioni estrinseche od inerenti all'organismo si possano tirare in campo. La maggiore importanza adunque deve essere assegnata alla presenza di una infiammazione suppurativa ed allo stato puerperale.

OSSERVAZIONE 13.^a — *Carie della seconda e terza vertebra lombare con ascesso sotto il muscolo psoas destro. — Tubercolosi acuta miliare del peritoneo.* — Celeste B., filatrice, d'anni 48, menò vita sana e laboriosa fino all'anno 1872, nel quale (non seppe precisare bene in qual mese) cominciò ad avvertire qualche dolore alla colonna vertebrale nella regione lombare, dapprincipio non molto grave, ma che a poco a poco

andò aumentando di intensità. Circa un anno dopo, questa donna si accorse di una sporgenza ossea, che risiedeva nel luogo dolente della colonna, e che perdurò anche negli anni seguenti. Non ostante tali sofferenze, ella, che era molto povera, seguì a faticare, finchè non lo potè più, poichè per tutto il mese di marzo 1875 venne tormentata da diarrea, al cessare della quale il ventre cominciò a dolere ed a tumefarsi gradatamente, mentre le urine diventavano scarse e torbide.

Questa donna inoltre aveva pochissimo appetito, molta sete, e quantunque non si accorgesse di febbre, pure sentiva che ogni giorno le forze le venivano mancando e che deperiva nella nutrizione, di guisa che quasi esausta del tutto verso la fine di maggio si mise in letto ed il 5 giugno dello stesso anno 1875 entrò nella prima sezione medica dell'Ospitale Maggiore di Bologna (prof. Brugnoli).

La malata appariva molto denutrita, colla cute di color giallo-terreo e colle mucose pallidissime. Il ventre uniformemente voluminoso e globoso lasciava vedere il circolo venoso sottocutaneo, offriva poi moderata resistenza ed elasticità; sonoro in alto ed ottuso in basso ed alati, dava la sensazione indubbia di fluttuazione. Notavasi inoltre edema delle pareti addominali, il quale si estendeva ancora alle parti generative esterne ed agli arti inferiori. Al dorso poi si aveva un ingrossamento osseo del volume di una noce, dipendente da questo che le apofisi spinose della seconda e terza vertebra dorsali sporgevano all'esterno ed alquanto a destra. Rispetto ai singoli visceri addominali ed a quelli del torace non si trovò nulla di rimarchevole.

Lo stato generale della donna in seguito si mantenne sempre gravissimo per la febbre, l'adinamia e la denutrizione che erano rimarchevolissime; perciò, a nulla valendo i mezzi eccitanti all'uopo somministrati, la morte ebbe luogo il 14 giugno.

Necropsia (eseguita il 15 giugno nella camera mortuaria dell'Ospitale). — Gli organi contenuti nella cavità del cranio non presentavano nulla di rimarchevole. Lo stesso dicasi degli organi toracici, se non che qui le due cavità pleurali e la pericardiale contenevano discreta quantità di liquido torbido, sieroso, di colore giallo-citrino.

Aperto l'addome dentro la cavità peritoneale si contenevano circa 4 litri di un liquido torbido sanguinolento con fiocchi fibrinosi. Tolto il liquido, il peritoneo tanto nella sua lamina libera quanto nella viscerale che riveste il tubo digerente, il fegato, la milza e gli organi genitali, si vedeva cosparso da un infinito numero di tubercoli alcuni grigi veramente miliari, altri gialli del volume di una capocchia di spillo. Le anse intestinali tenute aderenti insieme da false membranelle di essudato fibrinoso, nel loro interno non avevano nulla di particolare. Gli altri visceri addominali non presentavano che lesioni di poco momento e mancavano affatto di tubercoli.

Tolte vie tutte le anse intestinali, in corrispondenza del muscolo psoas destro si notava un tumore sferico, del volume di un arancio, e chia-

ramente fluttuante. Fatta un'incisione scolava dapprima un liquido verdognolo e scorrevole, poi del vero pus. Seguendo la via dell'ascesso si giungeva fino alle vertebre lombari, la seconda delle quali era in parte corrosa, e la terza distrutta quasi interamente da carie. Le altre vertebre vicine non avevano nulla di particolare. Il pus poi cominciava a fare una piccola raccolta anche sotto il muscolo psoas sinistro.

OSSERVAZIONE 14.^a — *Carie dell'ottava e nona vertebra dorsale; della prima e seconda lombare con ascessi. — Tubercolosi acuta miliare dei polmoni, del pericardio, del peritoneo, del fegato e della milza.* — Gaspare S., d'anni 34, facchino, entrò nella seconda sezione medica dell'Ospedale Maggiore di Bologna il 15 marzo 1875 per paraplegia, e vi morì il 29 novembre dello stesso anno. La malattia aveva principiato nell'agosto dell'anno antecedente in modo subdolo, cioè simulando una ischialgia sinistra. All'ingresso in Ospedale, l'infermo presentava una raccolta marciosa nella regione lombare della colonna vertebrale che si diffondeva all'inguine sinistro. Dopo che gli vennero praticate per tre volte ad intervallo di un mese cauterizzazioni trascorrenti al dorso col ferro rovente, parve che il malato migliorasse tanto che riescì ad alzarsi ed a sostenersi in piedi coll'ajuto delle stampelle. In questo mentre il tumore alla regione lombare a poco a poco andava scomparendo. Nel mese di luglio egli ebbe per la prima volta un gravissimo accesso di convulsioni epilettiformi, che si ripeterono altre tre volte ad intervalli, ma con minore intensità. Quest'uomo aveva le facoltà intellettuali piuttosto ottuse, le funzioni tutte abbastanza regolari. Due giorni prima di morire, egli ebbe un altro accesso convulsivo, dopo il quale non riacquistò più la coscienza (1).

Necropsia (eseguita nel Laboratorio di Anatomia patologica della R. Università di Bologna, il giorno 2 dicembre 1875 ad un'ora pom.) (2). — Dall'ispezione esterna del cadavere si rilevava trattarsi di un uomo di alta statura, di regolare conformazione e di robusta apparenza, quantunque molto denutrito. Nel mezzo circa della regione lombare appariva un'estesa tumefazione fluttuante, dalla cui apertura uscì molto pus cremoso, senza odore e di buonissima qualità, il quale però si faceva più denso a mano a mano che si accostava all'osso.

Aperte allora le due cavità del cranio e della colonna vertebrale, mantenendo il cadavere prono, vedevasi che il pus stava contenuto in molta quantità anche nella cavità spinale, comprimendo l'ultima porzione della midolla, specialmente la coda equina contro i corpi delle vertebre. Pulita questa cavità si conosceva che il pus vi penetrava da un pertugio

(1) Queste notizie mi vennero comunicate dal compianto amico dottor Giovanni Pratilli, allora assistente nella seconda sezione medica dell'Ospedale Maggiore di Bologna, diretta dal dott. Verardini.

(2) Vedi: « Archivio delle Necropsie. » Anno scolastico 1875-1876. Necropsia N. 7.

irregolare, del diametro di circa un centimetro, posto fra la prima e la seconda vertebra lombare. Mediante un ulteriore esame si vedevano distrutti quasi tutto il corpo della seconda vertebra lombare ed una metà di quello della prima, non restando di loro che una cavità a superficie molto scabra ed irregolare.

La dura madre cerebrale e la spinale non offrivano nessuna lesione rimarchevole, e la prima conteneva discreta quantità di sangue ne'suoi seni. La pia in generale appariva molto iniettata sì nell'una che nell'altra regione; se non che in corrispondenza della volta del cervello presentava abbondante raccolta di liquido torbido negli spazj sotto-aracnoidei, ed alla base un opacamento ed un inspessimento nei lobi anteriori d'ambo i lati vicino alla scissura del Silvio. Internamente poi il cervello aveva i ventricoli tutti dilatati per abbondante raccolta di siero, e la polpa in genere un poco molle. Il midollo invece consistente e normale dovunque mostrava un leggiero rammollimento in corrispondenza del terzo medio della regione dorsale.

Volto il cadavere supino ed aperta la cavità toracica, si notavano aderenze tenacissime fra i due fogli della pleura d'ambo i lati. Il polmone destro voluminoso e soffice crepitava al taglio e dalla superficie di sezione sporgevano moltissimi tubercoli, grigi, duri, sparsi dappertutto, ma più numerosi nel lobo superiore. Il sinistro si trovava nelle stesse condizioni, senonchè i tubercoli erano meno numerosi. La trachea ed i bronchi non risultavano alterati.

Anche fra i due foglietti del pericardio esistevano aderenze, che però si toglievano facilmente e la sierosa appariva disseminata di tubercoli grigi. Il cuore internamente non aveva alcuna lesione.

Tolti di sito i visceri toracici, si scorgevano due bozze regolari, quasi sferiche, grandi ognuna come un'ova di tacchina, adagiate simmetricamente ai lati nel corpo dell'ottava ed in parte anche della nona vertebra dorsale, le quali al tatto lasciavano sentire una manifesta fluttuazione. Aperta la bozza destra usciva molto pus cremoso e di buona qualità in tanta maggior copia, quanto più si spremeva sia nell'una sia nell'altra bozza. Fatta allora un'ampia incisione, si riconosceva che il pus stava raccolto in una borsa unica, rimasta divisa in due parti da un profondo solco, dato dalla pressione dell'aorta toracica che vi passava sopra. Da tale incisione risultava ancora che il pus profondamente acquistava maggior densità, cosicchè finiva per aderire alla superficie interna della sacca assumendo l'aspetto di una poltiglia. La parete posteriore dell'ascesso era costituita dai corpi dell'ottava e nona vertebra dorsale in parte distrutti, e colla superficie restante scabra e irregolare.

Aperta la cavità addominale il peritoneo presentava tubercoli miliari grigi in iscarso numero e limitati alla tonaca sierosa della porzione sigmoidea del colon. La mucosa dello stomaco e degli intestini non aveva nessuna alterazione: lo stesso dicasi delle glandole mesenteriche.

Il fegato regolare esternamente, mostrava all'interno non pochi tu-

bercoli grigi, piccolissimi, sparsi senza regola, non che alcune cisti biliari.

La milza notevolmente ingrandita aveva essa pure nell'interno molti tubercoli miliari.

Il pancreas era sanissimo.

Tolti di sito tutti questi visceri apparivano i reni dei quali il destro stava in posizione normale, laddove il sinistro era spinto in alto ed all'infuori. Internamente nessuno dei due reni mostrava tubercoli. Il cambiamento di posizione del rene sinistro era cagionato da una grandissima sacca fluttuante, che appunto dalla regione renale discendeva in basso lungo la direzione del muscolo grande psoas, per finire al legamento del Falloppio, il quale ne costituiva il limite apparente inferiore. Anche dalla parte destra esisteva una sacca simile e simmetrica alla sinistra, quantunque un po' più piccola. Da aperture praticate sgorgava grandissima quantità di pus di ottima qualità, fluido negli strati superficiali, più denso nei profondi. Coll'esame ulteriore delle cavità dell'ascesso si riconosceva che in basso esso passava al di là del legamento del Falloppio, per giungere nella regione superiore della coscia fino all'inserzione del muscolo pettineo. Si riconosceva ancora che i due psoas erano quasi distrutti e che i due ascessi in alto comunicavano l'uno coll'altro. Risalendo alla loro origine, si giungeva ai corpi della prima e seconda vertebra lombare, i quali come rilevossi dall'esame fatto col cadavere prono, erano quasi interamente distrutti per carie.

In seguito vennero esaminate minutamente e con cura tutte le vertebre cariate, ed in nessuna si trovarono tubercoli.

In questi due casi non si tratta più di un'inflammazione suppurativa di una sierosa, ma di grandi ascessi da carie vertebrale. La carie era semplice non tubercolare, ed aveva certamente preceduto di qualche anno lo sviluppo della tubercolosi acuta. Mancavano nei soggetti esaminati gli indizi di centri tubercolari cronici preesistenti; e quindi si deve assegnare un valore alla lunga presenza degli ascessi sopra descritti.

OSSERVAZIONE 15.^a — *Ascesso chiuso nella tonsilla destra. — Tubercolosi acuta miliare della pia-madre e dei polmoni.* — Gaetano B.... d'anni 19, calzolaio, entrò nella 1.^a Sezione medica dell'Ospedale Maggiore di Bologna il 26 Febbraio 1880. Egli era obbligato al letto solamente da nove giorni, quantunque da qualche tempo si lamentasse di malessere, di poco appetito e di debolezza generale. Nell'ospedale nei primi giorni egli non presentò di rilevante che la temperatura piuttosto elevata, cioè fra i 38°,5 ed i 39°,4 senza alcun fenomeno locale apprezzabile. Solo il

29 febbraio vennero in isceha sintomi di meningite acuta della base, i quali lo trassero a morte il giorno 2 marzo (1).

Necropsia (eseguita nel Laboratorio di Anatomia patologica della R. Università di Bologna il 4 marzo 1880 ad 1 ora pom.) (2).

Fra i caratteri esterni del cadavere meritano particolare menzione la conformazione generale regolarissima, la statura molto alta, lo stato floridissimo di nutrizione, la pelle bruna e la capigliatura nera e folta, in una parola la mancanza assoluta di tutto ciò che può accennare a tisi, a scrofola ed in generale a malattie consuntive.

Cominciato a sezionare il capo, si notarono i vasi del cuoio capelluto molto turgidi di sangue. Il cranio non aveva nulla di particolare; lo stesso dicasi della dura madre, i seni della quale erano molto pieni e dilatati. Alla volta sotto l'aracnoide liscia, trasparivano molto iniettati i vasi della pia madre, la quale membrana si distaccava facilmente dal cervello. Alla base, all'iniezione vascolare aggiungevasi che il chiasma dei nervi ottici, il ponte del Varolio ed il midollo allungato erano velati da membranelle fibrinose, molli e sottili, di colore bianco sporco, le quali tenevano imprigionato un po' di liquido torbido dello stesso colore. Guardando attentamente fra l'essudato, soprattutto vicino ai vasi, non si notarono tubercoli; se non che spingendo l'esame lungo le arterie Silviane d'ambo i lati, le quali erano avvolte da essudato, si scorgevano nelle pareti di alcuni suoi rami pochi granellini grigi, consistenti, del volume di una punta di spillo o poco più, facilmente riconoscibili come tubercoli miliari.

Il cervello, il cervelletto ed il midollo allungato all'esterno ed internamente non mostravano la minima lesione.

Aperto il torace i visceri in esso contenuti conservavano la loro regolare posizione. Nel pericardio, nel cuore e nei grandi vasi non esisteva niente degno di speciale menzione.

Rispetto all'apparecchio respiratorio dirò che le pleure dei due lati libere da ogni aderenza contenevano nella loro cavità un po' di liquido sieroso. L'esame esterno dei polmoni non mostrava che un colorito rosso scuro generale e nel destro la mancanza del lobo medio, la esistenza del quale era indicata da un solco che stava nel lobo superiore.

La laringe, la trachea ed i bronchi avevano la mucosa arrossata, in parte per iniezione dei vasi, in parte per imbibizione cadaverica.

I due polmoni tagliati dall'apice alla base crepitavano e lasciavano fluire molto sangue nero. La superficie di sezione si presentava d'aspetto eguale in entrambi, cioè sanguinolenta, umida, di colore rosso scuro. Su questa superficie apparivano alcune granulazioni grandi al massimo come grani di miglio, di colore grigio, sporgenti e dure al tatto. Questi

(1) Queste notizie mi vennero comunicate dal dott. Arturo Ramlot assistente del prof. Brugnoli nell'Ospedale Maggiore.

(2) Anno scolastico 1879-80. *Necropsia* n. 46.

granuli stavano sparsi dappertutto, separati l'uno dall'altro e molto scarsi. Fatti altri tagli nei polmoni non si vedevano che le identiche granulazioni, senza alcun nocciolo di sostanza caseosa.

Le glandole linfatiche bronchiali e mediastiniche, pigmentate non offrivano nè tubercoli nè sostanza caseosa. La faringe e l'esofago non erano lesi.

Nell'addome il peritoneo, guardato in tutti i punti, non presentava nessun granulo tubercolare. Anche gli apparecchi digerente ed urogenitale colle loro appendici non mostravano la minima alterazione.

Si esaminarono poscia le glandole linfatiche di tutte le regioni del corpo, con risultato sempre negativo. Così non si trovò nulla di speciale in tutte le altre parti di secondaria importanza e che nelle necroscopie ordinarie si guardano di rado. Non iscoraggiato, io seguitai nelle ricerche ed alla fine rimasi un po' colpito vedendo la tonsilla destra, la quale, benchè esternamente non mostrasse traccia di alterazione, pure era grande come una noce.

Al taglio poi essa conteneva un liquido cremoso denso, di colore giallo-verdognolo, che aveva tutta l'apparenza di pus. Nella tonsilla sinistra di grandezza naturale non si riscontrava nulla di tutto ciò.

All'esame microscopico del liquido marcioso, trovato nella tonsilla destra, lo si vide formato dai seguenti elementi, e cioè: molte cellule purulenti bene conservate, granulazioni sparse, piccole goccioline di grasso, cellule così dette granulose o di Gluge, cristalli di colesterina, ed alcune grandi cellule rotonde od ovali con protoplasma trasparente ed abbondante e nucleo piccolo.

Dopo avere ripetuto l'esame microscopico del pus, sempre coll'identico risultato, lo si tolse via lavando la tonsilla più volte. In tal modo si conobbe che il pus stava contenuto non in una sola, ma in più cavità regolari con pareti lisce, non comunicanti l'una coll'altra e capaci ciascuna di un seme di ciliegia. Esaminata poi minutamente e più volte tutta la tonsilla non vi si trovò nessuna granulazione che avesse carattere di tubercolo (1).

Questa osservazione risulta oltremodo interessante per le circostanze tutte speciali che in essa si verificarono. Un giovane robustissimo muore dopo pochi giorni di malattia acuta, ed alla necropsopia presenta tubercolosi miliare della pia meninge e dei polmoni. Nel cadavere, esaminato con tutta la cura possibile, mancava ogni traccia di tubercolosi cronica; se non che dopo molte ricerche, io rinvenni un ascesso chiuso in una tonsilla. Or bene, a questo ascesso, secondo me, in mancanza d'altri dati

(1) Questa tonsilla è conservata nel Museo di Anatomia patologica della R. Università di Bologna. Prep. N. 11, serie seconda.

dovrà attribuirsi un qualche valore, per la genesi della tubercolosi. In questo caso poi si trattava di una suppurazione circoscritta e non estesa, come nelle osservazioni precedenti.

OSSERVAZIONE 16.^a — *Ascesso acuto della mammella sinistra. Manovre e pressioni sopra di esso. — Tubercolosi miliare acuta del peritoneo e della pleura destra* (riassunto). — Rosalba B.... d'anni 23, robusta campagnuola di buona derivazione, sulla fine di Marzo 1874 per la prima volta partorì una bambina a termine bene sviluppata. Sui primi di Aprile le si cominciò a manifestare una tumidezza dolorosa nella mammella sinistra, la quale a poco a poco andò crescendo di volume. La donna ebbe timore di una regolare incisione, che un chirurgo le aveva consigliata, ed invece si sottopose alle cure di una certa medichessa, la quale unse la parte infiammata, ed esercitò per più giorni sopra di essa pressioni e soffregamenti. Quantunque da un piccolo foro, fattosi spontaneamente, uscisse un po' di pus, pure la dottoressa seguì nella sua cura, ottenendo una diminuzione del volume dell'ascesso e dello scolo marcioso. Se non che dopo tali manovre e precisamente sui primi di Maggio la malata cominciò a soffrire di dolori puntori all'addome, il quale si tumefecce, non che di febbre esacerbante alla sera. Questi fenomeni crebbero di intensità e la costrinsero infine ad entrare nell'Ospedale Maggiore (sezione Brugnoli) il 25 giugno 1874.

In Ospedale si riscontrò il ventre voluminoso (circonferenza a livello dell'ombelico centim. 96) e dolente, con evidente fluttuazione, senza alterazione manifesta dei visceri addominali. Nel torace oltre ai residui dell'ascesso mammario si verificarono i segni fisici di una pleurite prima a sinistra e dopo qualche tempo anche a destra. Pel notevole volume acquistato dal ventre si fu costretti a praticare per necessità la paracentesi mediante la quale si estrassero 9 litri di un liquido rossigno, torbido, d'odore d'ova fracide. Per la continua ed elevata febbre e per l'adinamia, la donna venne a morte il giorno 7 agosto.

Necropsia. — La cavità peritoneale conteneva circa 7 litri di liquido rossigno torbido; qualche membrana d'essudato fibrinoso stava deposta sulla sierosa la quale era gremita da un infinito numero di tubercoli grigi, alcuni grandi veramente come grani di miglio, altri come capocchie di spillo. Essi occupavano sia la porzione parietale sia la viscerale del peritoneo, non che tutte le sue dipendenze. I visceri tutti restavano immuni da tubercoli. Nelle due cavità pleurali si trovava pure un essudato in parte sieroso ed in parte fibrinoso, e pochi tubercoli miliari localizzati soltanto nella porzione diaframmatica della pleura destra. Nessun tubercolo si aveva nei polmoni, nel pericardio, nelle meningi, ecc.

Questo caso per alcuni rapporti è affine al precedente. Un ascesso circoscritto ha anteceduto per tempo (e l'anamnesi chia-

ramente lo mostra) la tubercolosi acuta del peritoneo e della pleura destra. Mancando i centri caseosi e le altre condizioni a cui attribuire la genesi della tubercolosi, la presenza di detto ascesso non deve certamente trascurarsi; non entrando a discutere se le pressioni e le manovre esercitate sopra l'ascesso abbiano avuto qualche parte a produrre la tubercolosi. Alla presenza dell'ascesso mammario dobbiamo aggiungere l'altra circostanza, che cioè la donna si trovava ancora nel puerperio, quantunque verso la fine, allorchè la lesione addominale cominciò a dar segno di sè.

OSSERVAZIONE 17.^a — *Vasto ascesso della pelvi, comunicante coll'intestino retto. Calcolo vescicale. Cistite cronica con piccoli ascessi al rene destro. Infarti rammolliti ai polmoni. Sarcoma globo-cellulare del pericardio. - Tubercolosi acuta miliare della pia madre.* — Manca l'anamnesi.

Necropsia (eseguita nel Laboratorio di Anatomia patologica della R. Università di Bologna, il giorno 19 marzo 1878 ad un'ora pom.) (1). — Il cadavere di un uomo alto di statura, ben conformato, e dell'età apparente di anni 60, esaminato dall'esterno, offriva di rimarchevole una siringa di gomma sporgente dal meato urinario ed assicurata al pene per mezzo di cordelline. Estratta la siringa, vedevansi fluire dall'uretra alcune gocce di un liquido di colore verde-giallognolo e dell'apparenza di pus diluito.

Aperta tosto la cavità addominale nelle parti superiori non si vedeva nulla di speciale. In basso invece il peritoneo, che ricopriva la vescica e la porzione sigmoidea del colon, era assai iniettato e con qualche macchia grigiastrea. Inoltre fra la vescica ed il retto alquanto a sinistra sporgeva un corpo sferico, del volume di una mela, rivestito dal peritoneo iniettato. Questo corpo al tatto dava chiari segni di fluttuazione ed all'incisione lasciava scorrere un'abbondantissima quantità di pus di colore verde-rossigno, piuttosto denso, e di odore disgustoso. Pulite convenientemente le parti, si scopriva che il pus stava contenuto in una ampia cavità situata profondamente, la quale occupava gran parte della piccola pelvi, circondando quasi interamente il retto, ed aveva per limiti posteriormente il sacro, anteriormente la vescica e superiormente la piega peritoneale del Douglas.

Esaminato da prima l'apparecchio urinario, la mucosa dell'uretra, dappertutto iniettata, presentava nella porzione peniana all'unione del terzo medio col posteriore una semplice abrasione superficiale, regolare, senza perforazione. La prostata, oltre all'offrire manifestissimo il così detto terzo lobo, era talmente ingrossata che i due lobi laterali avevano

(1) Anno scolastico 1877-78. Necropsia N. 33.

raggiunto quasi il volume di due ova. Nella vescica, oltre al liquido uguale a quello uscito dall'uretra, stava contenuto un calcolo libero del volume di un fagiuolo, durissimo e granuloso. Le pareti vescicali erano ingrossate in guisa da apparire manifestissimi i fasci muscolari. La mucosa aveva bensì assunto un colore, il quale variava dal verde scuro al nero, ma non mostrava ulcerazioni. La mucosa degli ureteri da principio conservava i caratteri di quella della vescica, ma salendo in alto a poco a poco si approssimava allo stato naturale, quantunque rimanesse un poco grossa ed iniettata. Una leggera iperemia dominava ancora nella pelvi renale e nei calici, le quali cavità apparivano piuttosto dilatate.

I reni piccoli, al taglio mostravano la sostanza corticale bene distinta dalla piramidale; di più la prima era pallida, la seconda iniettata. Inoltre nella sostanza piramidale del rene destro si trovavano alcuni piccoli ascessi del volume di una grossa testa di spillo, alcuni isolati, altri aggruppati e contenenti pus denso.

Cominciato l'esame del canale alimentare dall'intestino retto, in esso, oltre ad una rilevante iniezione della mucosa, si vedeva nell'unione fra esso e la parte sigmoidea del colon un'apertura rotonda, regolare, del diametro di pochi millimetri, che lo faceva comunicare colla cavità dell'ascesso pelvico superiormente descritto. Altre lesioni non apparivano in prossimità: solo più in alto a metà circa del colon si trovava una macchia rotonda, nera, della grandezza di una moneta da 5 centesimi, in corrispondenza della quale le tonache intestinali erano assottigliate.

Le altre sezioni dell'intestino non presentavano nulla di rimarchevole: lo stesso dicasi dello stomaco, del fegato, del pancreas e della milza.

Aperto il torace i visceri in esso contenuti mantenevano una posizione regolare. Nella lamina libera del pericardio, nel punto corrispondente ai grandi vasi, si trovava un tumore del volume e della forma di una grossa prugna, duro e bernoccolato. Al taglio esso vedevasi circondato da una capsula di tessuto fibroso che mandava nell'interno diverse tramezze che lo dividevano in parecchi lobi. La sostanza costituente il tumore appariva omogenea, di consistenza carnosa e di un colore ove roseo, ove rosso più vivo (1).

Il cuore poi ed i vasi tanto esternamente quanto nell'interno non avevano alcuna lesione.

Nel lobo inferiore del polmone destro e del sinistro si trovavano alcuni noccioli, duri sotto-pleurali, del volume di un'avellana, i quali al taglio si vedevano formati, alla periferia da una sostanza rosso scura, omogenea, compatta, e nel centro da una molle poltiglia di colore bianco

(1) Questo tumore esaminato col microscopio, mostrò la struttura di un sarcoma a piccole cellule rotonde, molto ricco di vasi. Esso è conservato nel Museo di Anatomia patologica della R. Università di Bologna al N. 2171.

grigiastro. I lobi superiori non mostravano nè consimili nodi nè altre lesioni rilevanti. La laringe, la trachea ed i bronchi avevano la mucosa alquanto tumida ed iniettata.

Alla sezione del cranio esistevano tenui aderenze fra la sua tavola interna e la superficie esterna della dura madre, la qual membrana conteneva molto sangue ne' suoi seni. La pia madre alla volta, oltre ad un rilevante turgore dei suoi vasi, mostrava una discreta quantità di liquido torbido raccolto negli spazi sotto-aracnoidali. Staccata questa meninge e guardata per trasparenza si scorgevano vicino ai vasi maggiori inspessimenti ed opacamenti di colore biancastro; e vicino ai piccoli vasi parecchi tubercoli grigi, duri, del volume di una punta di spillo o poco più. Ciò, come ho detto, si osservava alla volta. Alla base invece non si aveva nulla di tutto ciò. La sostanza cerebrale, quantunque un po' molle si conservava normale.

In questo cadavere la tubercolosi acuta limitata alla pia meninge nella sola regione della vòlta, si trovò congiunta ad un vasto ascesso della pelvi e ad una cistite cronica con calcolo ed ipertrofia prostatica. Per tale rapporto il caso attuale risulterebbe simile agli ultimi descritti; però troviamo in esso una importante circostanza, cioè la presenza di prodotti anatomici di infezione, che sono gli ascessi renali e gli infarti rammolliti ai polmoni. Il che mostra, come la tubercolosi possa andar non solo congiunta alle infiammazioni suppurative, ma anche alle manifestazioni anatomiche, le più caratteristiche d'infezione.

Il sarcoma del pericardio rappresenta una alterazione che sta da sè, nè colle altre offre alcuna relazione.

OSSERVAZIONE 18.^a — *Cancrena dello scroto. Pneumonite fibrinosa destra, con edema polmonare. — Tubercolosi acuta miliare della mucosa dell'intestino tenue* (1). — Mancano le notizie anamnestiche.

Necropsia (eseguita nel Laboratorio di anatomia patologica della R. Università di Bologna il giorno 21 marzo 1878 ad un'ora pom.) (2). — Nel cadavere di un uomo adulto di robusta apparenza vedevasi lo scroto gonfio del volume di una testa di bambino. La cute distaccavasi facilmente lasciando allo scoperto il tessuto sottocutaneo ridotto in brandelli molli, di colore nerastro, da cui esalava un odore fetido di

(1) Questa osservazione è stata da me pubblicata in altro lavoro, intitolato « Delle alterazioni dell'apparecchio digerente nella tisi polmonare. » — « Bullettino delle scienze mediche di Bologna » 1880, serie VI. Vol. V. Gennaio, pag. 5.

(2) « Archivio delle necropsie. » Anno scolastico 1877-78. Necropsia N. 34.

cancrena. La cancrena si estendeva ancora ai tessuti sottostanti, smagliati i quali, si videro molte anse degli intestini tenui che, uscite fuori dal canale inguinale erano appunto discese nello scroto. Queste anse, non che tutte le altre rimaste dentro l'addome, mostravano esternamente un colore verde scuro. Anche la mucosa dello stomaco e degli intestini aveva acquistato una tinta verdognola, se non che lungo tutti i tenui vedevansi sporgere dalla sua superficie moltissimi tubercoli bianchicci della grandezza di una punta di spillo per lo più isolati, raramente riuniti in gruppi. Del resto non si avevano nè follicoli tumidi, nè ulceri, nè ingrossamento delle glandole del mesentere. Nel fegato non esisteva alcun tubercolo: così pure negli altri visceri addominali.

Nel torace il cuore era grande per notevole ipertrofia della parete del ventricolo sinistro, dovechè le valvole e gli orifizi si conservavano normali. L'aorta invece presentava molteplici chiazze dure, opache, rilevate, irregolari, date da ateromasia. Il polmone sinistro non era che molto edematoso; il destro invece in tutta la parte posteriore del lobo superiore ed inferiore non crepitava al taglio e lasciava scorrere un umore vischioso. La superficie di sezione appariva di un colore fra il rosso mattone ed il grigio, leggermente scabra, non soffice, e molto lacerabile.

Nel capo si notavano: aderenze antiche fra la superficie esterna della dura madre, e la tavola interna del cranio; i seni tutti di questa meningi pieni di sangue; iniettati i vasi della pia madre; molle ed umida la sostanza cerebrale.

OSSERVAZIONE 19.^a — *Leptomeningite iperplastica cronica della volta.* — *Vasta cancrena da decubito nelle regioni sacrale e glutea.* — *Tubercolosi acuta miliare dei polmoni.* — Manca l'anamnesi.

Necropsia (eseguita nel Laboratorio di Anatomia patologica della R. Università di Bologna il 20 novembre 1877 ad un'ora pom.) (1). — Il cadavere di un uomo dell'approssimativa età di 70 anni, denutrito e in istato di putrefazione incipiente, presentava nella regione sacrale una grande ulcera lurida, con fondo nerastro, e vicino ad essa la pelle della regione glutea destra di color verde grigio e sollevata. Fatti alcuni tagli in questa regione, il connettivo e le masse muscolari si trovano trasformati per molta estensione in una poltiglia nerastra bagnata da un icore dello stesso colore, che spandeva un odore nauseabondo di cancrena.

Nel cranio di figura regolare si notava un certo grado di assottigliamento nell'osso occipitale e nei parietali, e di ingrossamento invece nel frontale. La dura madre, con poco sangue nei seni, presentava alcune chiazze calcificate nel gran setto falciforme, soprattutto anteriormente vicino al punto nel quale essa si attacca all'apofisi cristagalli. La pia madre in generale molto iniettata; in corrispondenza dei lobi frontale

(1) Anno scolastico 1877-78. Necropsia N. 6.

e temporale d'ambo i lati appariva di color bianco-giallastro ed opaca. Sollevatala, si vedeva diventata molto più grossa, più resistente e più opaca del normale, non però aderente alla sostanza cerebrale. Il cervello ed il cervelletto non avevano alcuna lesione eccetto che un lieve grado di mollezza.

Aperto il torace, rispetto alla topografia dei visceri in esso contenuti, non vi è da dire altro che il cuore arrivava colla sua punta alla sesta costola sinistra, e che i margini interni polmonari stavano alquanto allontanati. All'esame particolare del cuore e dei grandi vasi non si riscontrava nessuna grave alterazione.

Nell'apparecchio della respirazione si notavano prima di tutto aderenze antiche e tenaci fra i due fogli della pleura d'ambo i lati; poi un po' di catarro bianco-grigiastro, poco areato e fluido, contenuto nei bronchi medi e piccoli delle due parti. Quanto ai polmoni, essi crepitavano al taglio, e lasciavano scorrere sangue in abbondanza. La superficie di sezione rosso-scura si vedeva gremita di molti tubercoli miliari, sporgenti, di colore per lo più grigio, qualche volta giallo, più numerosi nei lobi superiori, nei quali stavano aggruppati, laddove negli inferiori si mantenevano sparsi.

L'esofago era normale.

Esaminati con somma cura gli organi addominali non fu dato di trovarvi nè tubercoli, nè ammassi di sostanza caseosa; ma in generale essi mostravansi normali. Unicamente nello stomaco meritano di venire menzionate due piccole ulcere situate nella valvola pilorica, le quali avevano figura ovale, fondo grigio, margini piani, e comprendevano la sola mucosa. Nell'intestino non esistevano ulcere.

In questi due casi mancano le suppurazioni ed invece si hanno vaste cancrene. In uno la cancrena ha sede nello scroto, ed oltre ad essa si ha una pneumonite infettiva ed una tubercolosi miliare intestinale. Nell'altro la cancrena sacrale, evidentemente da decubito, dipendeva forse dalla leptomeningite cronica che aveva obbligato l'individuo al letto; mancano i dati di una infezione caratterizzata da lesioni anatomiche, e si ha soltanto una tubercolosi acuta miliare dei due polmoni. Quantunque per la mancanza di nozioni cliniche questi fatti lascino una grande lacuna e quindi non pochi dubbi nella loro interpretazione, nulladimeno come puri reperti anatomici, a me sembrano di molto interesse per la questione della genesi della tubercolosi acuta miliare.

OSSERVAZIONE 20.^a. — *Endometrite difterico-cancrenosa. Salpingite suppurativa bilaterale. Trombosi della vena cava ascendente. Peritonite e pleu-*

rite sinistra ad essudato siero-fibrinoso. Pericardite totale adesiva. — Tubercolosi acuta miliare dei polmoni.

Maria C., sana e robusta contadina di 32 anni, aveva già partorito felicemente parecchie volte, quando il 7 agosto 1878, trentacinque giorni dopo l'ultimo parto entrò malata nella prima sezione medica dell'Ospedale Maggiore di Bologna. Febbricitante a periodi irregolari (temperatura massima 39° C.), ella presentava da principio come sintomi predominanti diarrea profusa, notevole idrope ascite ed edema alle estremità inferiori, mentre le urine non contenevano albume.

Il volume del ventre andò crescendo così rapidamente, che ben presto la sua circonferenza a livello dell'ombelico misurava centim. 103, perciò il 9 settembre 1878 si fu costretti ad eseguire la paracentesi, mediante la quale si estrassero 7 litri di un liquido citrino. Questa operazione fu ripetuta di nuovo il 25 settembre ed il 28 novembre. Nonostante ciò si mantennero gli edemi, la febbre e la diarrea; e mentre la denutrizione andava aumentando, le forze sempre più diminuivano in modo che la donna venne a morte il 2 febbraio 1879, ossia 7 mesi dopo avere partorito. Da parte degli organi respiratori non si ebbero mai sintomi nè subiettivi nè obbiettivi, che meritassero di essere notati (1).

Necropsia. — (eseguita nel Laboratorio di Anatomia patologica della R. Università di Bologna il 4 febbraio 1879 ad un'ora pom.) (2). Dall'esame esterno si vedeva una donna bene conformata, ma molto denutrita con escare da decubito al sacro ed ai trocanteri. Nella testa e nel petto non esisteva nulla di rimarchevole. Nell'addome un po' tumido chiaramente si riconoscevano segni di fluttuazione. Al palpamento si sentiva mollezza dappertutto, meno nella regione ipogastrica, nella quale si avvertiva un corpo duro, rotondeggiante a superficie regolare, che sorpassava il pube di circa quattro dita trasverse. La durezza, quantunque meno distinta, si continuava ancora lateralmente verso le regioni inguinali. La vulva edematosa era di colore rosso intenso nella superficie cutanea, azzurrognola nella mucosa. Anche gli arti inferiori si mostravano edematosi.

Esplorando dalla vagina si sentiva il collo dell'utero situato normalmente, coll'orificio irregolare e molto largo in senso trasversale. Premendo coll'altra mano sopra la durezza notata nella regione ipogastrica si avvertiva il contraccolpo sul dito che esplorava in vagina.

Aperta tosto la cavità addominale, scolavano circa 4 litri di un liquido di colore giallo-rossigno scuro, molto torbido, nel quale nuotavano parecchi fiocchi di fibrina. Aderenti poco tenacemente al peritoneo

(1) Debbo queste notizie alla gentilezza del dott. Francesco Mazzarini, assistente alla 1.^a sezione medica dell'Ospedale Maggiore, diretta dal prof. Brugnoli.

(2) Anno scolastico 1878-79. Necropsia N. 28.

libero si vedevano moltissime false membranelle bianco-giallicce, molli, tolte le quali la sierosa appariva generalmente rossa per iniezione dei vasi ed in qualche punto anche grigiastra. Membrane simili ed anche più grosse stavano ancora sul peritoneo viscerale, specialmente in quella porzione che riveste il fegato, lo stomaco, il colon trasverso e la milza. Gli intestini tenui non venivano ricoperti dal grande epiploon, il quale erasi rattratto in alto fra lo stomaco ed il colon trasverso, e trasformato in una specie di grosso cordone.

Le false membrane fibrinose facevansi di nuovo numerose in basso nella parte di peritoneo che ricopre l'utero e le sue appendici, e nella insaccatura posteriore del Douglas. L'utero poi, ingrandito e duro, sporgeva per circa quattro dita trasverse sulla sinfisi del pube e si riconosceva per quel corpo già avvertito in detta posizione per mezzo del palpamento addominale e dell'esplorazione vaginale.

Tolte le aderenze ed esaminati meglio gli organi genitali, si vedeva l'utero ingrandito uniformemente, così che aveva raggiunto il volume della testa di un bambino. Le trombe del Falloppio grosse come il dito mignolo, si erano fatte assai tortuose, laddove le ovaie non si mostravano alterate.

Aperta la vagina scorgevasi la sua mucosa di colore rosso turchiniccio e sparsa di numerose ulcere regolari, rotonde ed ellittiche, col diametro che variava da pochi millimetri a due centimetri, coi margini piani, col fondo grigio. Tali ulcere non si approfondavano al di sotto della mucosa.

Aperto l'utero, si riconosceva che l'aumento di volume veniva dato non dalle pareti che erano di poco ingrossate, ma dalla cavità molto ampliata. La superficie interna nella parte corrispondente alla cavità del collo aveva assunto un aspetto irregolarissimo, di colore grigio nerastro, lurido; inoltre si staccava a brandelli e tramandava un odore fetido di cancrena. Invece la cavità del corpo era rivestita uniformemente da un grosso strato di una sostanza bianco-sporca, piuttosto resistente, che aderiva alla parte muscolare dell'organo e con essa si immedesimava: essa non dava secrezione icorosa nè spandeva odore nauseante. Riempiva interamente le due trombe del Falloppio una sostanza biancastra in parte liquida e di aspetto purulento, in parte più densa simile alla patata cotta; tolta la quale la mucosa non appariva gravemente alterata. Le ovaie anche nell'interno si mostravano regolari (1).

Esaminate con tutta l'attenzione possibile le vene dell'utero, dei legamenti larghi e delle parti prossime, non si riscontrava in esse alcun trombo. Lo si trovava invece nella vena cava inferiore, aderentissimo alla parete interna, di colore in parte grigio, in parte rosso-sporco. Il trombo

(1) Quest'utero colle sue appendici è conservato nel Museo di Anatomia patologica della R. Università di Bologna al N. 2213.

cominciava in alto due dita trasverse sotto lo sbocco delle vene renali, seguitava in basso lungo tutta la cava, si continuava a destra nella vena iliaca comune, nella interna, nell'esterna e per breve tratto anche nella femorale, laddove a sinistra terminava alla iliaca comune.

La mucosa dello stomaco e degli intestini tenui mostrava unicamente un leggier grado di iniezione, quella dei crassi invece notevole tumidezza ed un colorito, dove rosso violaceo, dove grigio. In essa spiccavano numerose ulceri rotondeggianti con fondo grigiastro e margini regolari, le più piccole delle quali comprendevano la sola mucosa, laddove le più grandi del diametro di 3, 4 centimetri avevano corrosa anche la muscolare. Le glandole linfatiche mesenteriche e retro-peritoneali erano ordinariamente un po' grosse e di colore alcune pallide, altre arrossate.

Gli altri visceri, cioè il fegato, il pancreas, la milza, le capsule suprarenali e tutto l'apparato urinario non presentavano alterazioni rilevanti. In nessuno degli organi addominali si potè vedere il minimo indizio di tubercoli.

Aperto il torace, la cavità pleurale sinistra trovavasi del tutto riempita da un liquido torbido di colore giallo verdognolo con fiocchi fibrinosi, liquido, che aveva ricacciato il polmone rimpiccolito contro la colonna vertebrale. La pleura costale di questo lato era iniettata. Dalla parte sinistra invece non si aveva traccia alcuna di liquido, ma i due fogli della pleura aderivano fra loro molto tenacemente. Anche i due foglietti del pericardio erano stati saldati dappertutto l'uno all'altro per opera di uno strato di essudato fibrinoso, grosso un centimetro circa, di colore bianco grigio, omogeneo e piuttosto duro. Internamente il cuore ed i grandi vasi non apparivano alterati.

Il polmone destro al taglio crepitava e lasciava scolare un po' di siero spumoso misto a sangue. Dalla superficie del taglio di color rosso più o meno scuro, facevano sporgenza molti tubercoli miliari grigi, del volume appunto di un grano di miglio e sparsi uniformemente. Anche il polmone sinistro, compresso dall'essudato pleuritico presentava molti tubercoli cogli stessi caratteri di quelli del destro, quantunque meno numerosi. Nè nei polmoni, nè nelle glandole linfatiche bronchiali esisteva alcun nodo di sostanza di aspetto caseoso.

Nel cervello e nelle meningi non si aveva nulla meritevole di speciale menzione.

Esaminata col microscopio la sostanza bianco grigiastra che rivestiva la superficie interna del corpo dell'utero, la si vide formata da finissime fibrille intrecciate fra loro e da una quantità di piccolissime granulazioni, fra le quali si distinguevano alcune cellule linfoidi. La sostanza invece contenuta nelle trombe fallopiane si componeva di cellule purulenti abbastanza bene conservate, di granulazioni libere, non che di alcune cellule epiteliali cilindriche.

Il caso è piuttosto complesso e di interpretazione non molto facile. La donna cominciò ad ammalare durante il puerperio, come risulta dalle notizie anamnestiche. Ed a quell'epoca risalgono l'endometrite difterica del corpo e la cancrenosa del collo, la salpingite suppurativa e probabilmente la trombosi della vena cava ascendente. La malattia, contrariamente a quanto d'ordinario si osserva, si protrasse piuttosto lungamente dando luogo in questo frattempo a peritonite ad essudato siero-fibrinoso, a pleurite destra ed a pericardite, in una parola a lesioni infiammatorie comuni, nelle quali mancava ogni traccia di tubercoli. Finalmente nel cadavere abbiamo trovato anche una tubercolosi dei due polmoni.

Intorno alla tubercolosi acuta polmonare noi non possiamo dire nulla di preciso riguardo al tempo di suo sviluppo, perchè l'anamnesi tace; tuttavia dai caratteri anatomici havvi ragione di ritenerla recente e posteriore alle altre alterazioni rinvenute. E senza dilungarmi in lunghi ragionamenti, ma prendendo a base i fatti nel loro complesso, posso dire che la tubercolosi acuta in questo caso tenne dietro a tre diverse specie di alterazioni, cioè: 1.^o lesioni settiche (metrite difterico-cancrenosa); 2.^o infiammazione suppurativa (salpingite suppurativa); 3.^o infiammazioni essudative multiple delle sierose (peritonite, pleurite e pericardite); mentre mancò ogni centro tubercoloso cronico ed ogni altra causa in genere di tubercolosi.

OSSERVAZIONE 21.^a. — *Metrosalpingite suppurativa caseosa. Pleurite sinistra e leptomeningite basilare essudativa acuta. — Tubercolosi acuta miliare del peritoneo e dei polmoni.* — Intorno a questo caso non si sono potute avere che scarsissime notizie. Maria V., d'anni 25, entrò nell'Ospedale il 5 gennaio e vi morì il giorno 13 dello stesso mese, presentando fenomeni di meningite basilare acuta.

Necropsia (eseguita nel Laboratorio di Anatomia patologica della R. Università di Bologna il 17 gennaio 1880 ad un'ora pom.) (1).

Rispetto ai caratteri esterni non si osservava nulla di rimarchevole.

Il cranio si mostrava regolare: lo stesso dicasi della dura madre, la quale aveva tutti i suoi seni pieni di sangue liquido o grumato da poco tempo. Alla volta si vedevano gli spazi sotto aracnoidali sollevati da un liquido torbido e rossigno, ed i vasi della pia molto iniettati, particolarmente in corrispondenza dei lobi frontali e temporali. Alla base poi, oltre all'iniezione vascolare, le parti comprese fra i due nervi

(1) Anno scolastico 1879-80. Necropsia N. 24.

olfattari anteriormente ed il midollo allungato posteriormente erano velate da un essudato fibrinoso bianco e molle, dell'apparenza di sottili membranelle, il quale si estendeva ancora lungo la scissura del Silvio. Esaminata colla massima diligenza tutta quanta la pia madre, non si scopriva nessun granulo tubercolare. Del resto nessuna alterazione esisteva nel cervello, nel cervelletto e nel midollo allungato.

Aperto il torace tutti i visceri occupavano la loro regolare posizione. Il pericardio, il cuore ed i vasi erano perfettamente illesi.

Rispetto all'apparecchio della respirazione, dalla parte destra non si notavano che poche aderenze antiche fra i due fogli della pleura; invece nella cavità pleurale sinistra si conteneva un liquido torbido e rossiccio; inoltre sopra tutta la pleura costale stava depositata una falsa membranella di essudato fibrinoso bianco e molle, la quale si poteva agevolmente distaccare lasciando vedere questa pleura molto iniettata. Una piccola parte di tale essudato aderiva anche alla pleura polmonare ed alla diaframmatica. In nessun punto però contenevansi tubercoli.

La laringe, la trachea ed i bronchi presentavano la mucosa un po' tumida, iniettata e spalmata di lieve quantità di catarro spumoso. Il polmone destro mancava del lobo medio e tagliato dava uscita a notevole quantità di sangue. Sulla superficie di sezione rosso viva anteriormente, rosso scura posteriormente, apparivano alcuni tubercoli grigi, duri e prominenti, la grandezza dei quali variava da una punta di spillo ad un grano di miglio. Erano questi tubercoli in tutto il polmone scarsi di numero, isolati e sparsi senza alcuna sede di predilezione. Il polmone sinistro presentava esso pure tubercoli con caratteri eguali a quelli del destro, ma in minor numero e senza luogo alcuno di predilezione.

La faringe e l'esofago non avevano nulla di speciale.

Aperta la cavità dell'addome, il peritoneo parietale anteriormente aderiva al grande omento ed ai lati al peritoneo viscerale. Inoltre aderivano fra loro anche le anse intestinali per mezzo di un essudato fibrinoso recente di colore biancastro, il quale stava depositato in maggiore quantità in basso attorno agli organi genitali interni. In generale in tutta la sierosa molto iniettata non si vedevano tubercoli; ma con un accurato esame se ne scoprivano alcuni, quantunque in iscarso numero, situati nel mesentere e in quella porzione di peritoneo che riveste l'utero e la vescica. La situazione dei visceri era regolare.

L'esame interno di tutto il canale alimentare non lo mostrò per nulla alterato: lo stesso dicasi del fegato, del pancreas e della milza. Anche i reni risultavano normali per situazione, volume e caratteri.

Invece la vescica molto gonfia conteneva nel suo interno una grande quantità di sangue, in parte liquido mescolato con un po' di urina, in parte coagulato. Pulita dal sangue, la superficie interna appariva tumida, velutata e quasi dappertutto di un color rosso-scuro. Mediante tagli perpendicolari nella mucosa si riconosceva che questo colore di-

pendeva da altro sangue che in copia infiltrava il tessuto sotto-mucoso. L'uretra era sana.

L'apparecchio generativo esaminato esternamente, mostrava l'utero ingrandito e le trombe del Falloppio molto ingrossate soprattutto vicino al padiglione, tortuose e che toccate lasciavano percepire con chiarezza una fluttuazione. All'esame interno niente di patologico si scopriva nelle ovaie. Nella tromba destra si conteneva nel centro un liquido giallognolo, coi caratteri di pus, ed aderente alla parete una sostanza dello stesso colore, ma più densa e simile al formaggio fresco. Anche la tromba sinistra conteneva un'eguale sostanza, quantunque in minor quantità. Tolta via colla massima cura tutta questa materia estranea, la superficie interna delle due trombe si vedeva rosea, abbastanza liscia, senza la minima traccia di tubercoli. Aperto l'utero, nella cavità del corpo si trovava una piccola quantità di una sostanza di apparenza caseosa eguale a quella descritta nelle trombe, mentre nulla si aveva nella cavità del collo. La vagina era sana.

Per la insufficienza delle notizie anamnestiche, io non posso esprimere un giudizio sicuro intorno a questo caso. Si trattava di una lesione dell'utero e delle trombe, che avesse cominciato nel puerperio? La cosa è probabile ed allora l'osservazione attuale riescirebbe analoga alla precedente, perchè avremmo anche qui un'inflammazione suppurativa puerperale, avremmo anche qui infiammazioni essudative nelle sierose, e finalmente anche qui una tubercolosi acuta dei polmoni e del peritoneo.

D'altronde è anche possibile un'altra ipotesi, cioè che la infiammazione delle trombe con esito caseoso fosse ella stessa tubercolare, quantunque anatomicamente i tubercoli non fossero dimostrabili.

Allora il caso non presenterebbe alcuna importanza, poichè si tratterebbe di una tubercolosi acuta, secondaria ad un centro tubercolare cronico. Che che si pensi intorno a ciò, siccome in questa osservazione e nella successiva una tale ipotesi è possibile, così ho creduto di metterle come ultime, appunto per la ragione che risultano non del tutto dimostrative per il mio assunto.

OSSERVAZIONE 22.^a. — *Nodo suppurativo caseoso della milza. Ulcera catarrale del cieco. — Tubercolosi acuta miliare del peritoneo.* — Elisa C., di anni 22, di Bologna, entrò nella Clinica delle malattie veneree di questa città il 9 febbraio 1878, per *sifilide papulosa cutanea* consecutiva ad *ulcera callosa*. Dopo 32 iniezioni ipodermiche, fatte col sublimato corrosivo, ogni manifestazione morbosa svanì, così che il 27 marzo ella fu dimessa come guarita.

Il giorno 24 ottobre dello stesso anno, essa venne accolta nell'Ospedale Maggiore, presentando ventre tumido e dolente, diarrea ed edema agli arti inferiori, i quali fatti si mantennero anche successivamente. In principio di novembre cominciarono i sintomi di pleurite acuta sinistra, per cui il giorno 10 di detto mese le venne praticata la toracentesi, col qual mezzo si estrassero 700 grammi di liquido marcioso. La donna morì poi il 19 dicembre dello stesso anno, senza che il liquido pleurale si fosse più riprodotto. La milza non richiamò mai la attenzione dei curanti: così pure non si seppe che in passato la donna avesse manifestato nessun indizio di malattia di questo viscere (1).

Necropsia (eseguita nel Laboratorio di Anatomia patologica della R. Università, il 21 dicembre 1878 ad un'ora pom.) (2).

Esternamente il cadavere non mostrava di rimarchevole che molto edema agli arti inferiori, agli organi genitali esterni ed alle parti posteriori e laterali del tronco.

Poche alterazioni si avevano nella cavità craniense, e consistevano in aderenze fra la superficie esterna della dura madre e la tavola interna del cranio, in un po' di stasi nei seni di detta meninge, in mediocre grado di iniezione dei vasi della pia con leggero edema sotto-aracnoideale.

Aperto il torace, a destra esistevano aderenze antiche fra i due fogli della pleura, laddove a sinistra non si vedeva che un po' di liquido torbido raccolto posteriormente, senza che la pleura di questo lato indicasse residui di lesione. I polmoni all'esterno si mostravano piuttosto piccoli, consistenti e scuri. Il sinistro al taglio poco crepitava, lasciava scorrere sangue nero, e mostrava una superficie di colore rosso-scuro, umida, liscia, omogenea e resistente. Questi caratteri anche più evidenti si mantenevano nel destro. Il cuore ed i vasi erano regolari.

Dall'apertura eseguita nella cavità dell'addome, fuì molto liquido giallo-citrino, torbido, che prima stava raccolto specialmente in basso. Le anse degli intestini tenui e crassi erano saldate fra loro per mezzo di un molle essudato fibrinoso. Tutta la sierosa poi era tempestata da migliaia di tubercoli grigi o gialli, isolati ed aggruppati, il cui volume variava da un grano di miglio ad un seme di canapa, e che occupavano non solo la lamina libera della sierosa, ma anche quelle porzioni che rivestono lo stomaco, gli intestini, il fegato, la milza e gli organi genitali.

Lo stomaco, di volume normale, presentava molto catarro denso gri-

(1) Le notizie intorno a questa donna mi sono state riferite in parte dal prof. Pietro Gamberini, direttore della Clinica delle malattie sifilitiche e cutanee ed in parte dal dott. Francesco Mazzarini, assistente del prof. Brugnoli.

(2) Vedi Archivio delle necropsie. Anno scolastico 1878-79. Necropsia N. 15.

gio aderente alla mucosa, la quale era alquanto iniettata. Iniettata appariva pure la mucosa del duodeno, dalla quale sporgevano parecchie granulazioni bianco-grigie coi caratteri di tubercoli. Di granulazioni simili non si vedeva traccia nella mucosa delle altre porzioni dell'intestino. È notevole poi che laddove la sierosa intestinale era in genere gremita di tubercoli, solamente quella del duodeno (in cui esistevano nella mucosa) interamente ne mancava.

Del rimanente in tutto il tenue non si aveva alcuna lesione. Invece appena al di là della valvola ileo-cecale, nella mucosa del cieco si trovava un'ulcera del diametro di circa 3 centimetri, di forma irregolarmente stellata, con margini piani e frastagliati e con fondo grigio rossigno. Quest'ulcera comprendeva la sola tonaca mucosa, meno nel mezzo circa, nel qual punto interessava ancora la muscolare. Nè nei margini, nè nella mucosa vicina si vedevano tubercoli: così pure nella corrispondente sierosa i tubercoli non erano in maggior numero degli altri punti. Le altre porzioni dell'intestino crasso si conservavano regolari. Le glandole linfatiche mesenteriche e retro-peritoneali non indicavano nessuna lesione.

Il fegato piccolo, ma ben conformato, al taglio presentava una superficie di colore giallastro, untuosa al tatto, molle e lacerabile. Il pancreas non aveva nulla di notevole.

La milza, regolare nel volume e nella forma, mostrava nel bel mezzo della sua faccia convessa una prominenzia lievemente conica, gialla e molle. Fatto un taglio in questo punto si vedeva che la sporgenza era data da un corpo sferico del volume di una noce, costituito nel centro da un po' di liquido denso dell'apparenza del pus, e tutto attorno da una sostanza gialla di carattere caseoso. Attorno a questo nodo ed in generale nel parenchima della milza, non esistevano tubercoli (1).

Ai reni ed agli organi genitali non si aveva nulla di notevole.

Esaminato col microscopio il liquido denso trovato nel centro del nodo caseoso, lo si trovò costituito da cellule purulenti di naturale grandezza e per nulla alterate.

Ho voluto tenere questa osservazione come ultima, perchè può prestarsi a diverse maniere di interpretazione, secondo le quali, acquisterebbe diversa importanza.

Una prima ipotesi è che il nodo della milza non rappresenti che un ascesso in istato di incipiente degenerazione caseosa. Come seconda ipotesi si può ammettere una tubercolosi cronica della milza. Finalmente qualcuno potrebbe anche sostenere che si trattasse di un sifiloma di questo viscere.

(1) Questa milza è conservata nel Museo di Anatomia patologica della R. Università di Bologna al N. 2215.

Il decidere con certezza assoluta quale di queste ipotesi sia la vera, non riesce molto facile. Intanto contro la tubercolosi cronica della milza sta il fatto della sua estrema rarità, come sede primitiva; inoltre in questo viscere la tubercolosi suole manifestarsi sotto forma di nodi duri, di colore giallo e di varia grandezza: il che non era nel caso attuale. Del pari i caratteri fisici e microscopici del nodo in questione non corrispondono a quelli del sifiloma; d'altronde in tutto il corpo della donna non si trovò alcun altro dato di sifilide viscerale. Perciò io ritengo con probabilità di avere a che fare con un ascesso della milza in istato di incipiente degenerazione caseosa: infatti nella parte centrale del nodo si rinvenne appunto del pus, che ad occhio nudo ed al microscopio mostrò caratteri normalissimi. Lo stato di degenerazione del pus indica che l'ascesso doveva essere piuttosto antico, quantunque l'anamnesi taccia affatto intorno a questo punto.

Ora, ammessa come vera l'ipotesi di un antico ascesso della milza, la osservazione in discorso si collega colla 15.^a e colla 16.^a, e rappresenta un caso tipico di tubercolosi acuta, secondaria ad un ascesso circoscritto. A rendere il caso più interessante si aggiunge l'esistenza della sifilide guarita e la complicità della pleurite purulenta, nella quale il pus più non si riprodusse dopo una sola toracentesi.

Queste sono le osservazioni risguardanti la questione della genesi della tubercolosi acuta. Se nella descrizione dei fatti io sono stato alquanto prolisso, mi manterrò invece parco nei ragionamenti, imperocchè più quelli che questi intendo assumere come base di questo mio scritto.

Tenendo a calcolo soltanto le mie osservazioni ed eliminando anche le ultime due, siccome quelle che possono dare luogo a qualche dubbio, noi ci troviamo di fronte a sedici casi di tubercolosi miliare, nei quali mancavano i centri tubercolari cronici caseosi, non che le condizioni tutte di eredità, di costituzione, ecc., che generalmente vengono indicate come disponenti alla tubercolosi. Invece esistevano processi infiammatorii comuni cattarrali, essudativi, suppurativi ed anche septici e cancrenosì: e le necrosi lo mettevano fuori di dubbio. Quanto al rapporto di tempo fra le due specie d'alterazione, per parecchi casi l'infiammazione manifestamente aveva preceduto la tubercolosi; per altri poi la precedenza, se non certissima, risultava almeno molto probabile.

Ciò posto, le due diverse lesioni, nello stesso cadavere rinvenute, cioè l'infiammazione antecedente e la tubercolosi miliare susseguente, presentavano fra loro qualche relazione? Si trattava di una pura coincidenza accidentale, oppure l'una stava legata coll'altra? Se io mi fossi imbattuto in uno o in due casi soltanto, l'ipotesi di una fortuita accidentalità sarebbe la più probabile. Ma le mie osservazioni, senza computare le due dubbie, non che quelle pubblicate dal Litten e da altri, sommano già a sedici, cifra abbastanza elevata, se si considera che la tubercolosi acuta (nel che tutti gli Autori convengono) indipendente da ogni centro tubercolare cronico, rappresenta una straordinaria rarità. Io quindi sono indotto a rigettare l'ipotesi della concomitanza fortuita ed abbracciare invece l'altra che vede un legame fra le due specie di lesioni.

In che cosa consisteva tale legame? Egli è certo che oggi non si può più abbracciare il concetto ammesso già dal Litten (1) e da me vagheggiato fino dal 1875 (2), cioè che l'assorbimento di un essudato comune potesse rendersi causa di una tubercolosi a distanza. Troppe prove abbiamo ora, le quali ci dimostrano essere la tubercolosi prodotta sempre da un agente specifico, per sostenere che da cagioni comuni ella possa venir provocata. Respingendo adunque il concetto di un legame così intimo, come ammetteva il Litten, io intendo di restringermi semplicemente a dire che l'esistenza in una persona di un processo infiammatorio in qualsiasi parte del corpo, può renderla disposta a subire l'infezione tubercolare, la quale, a sua volta, può manifestarsi sotto la forma caratteristica di una tubercolosi miliare acuta.

Questa supposizione mi sembra abbastanza ragionevole, perchè basata sopra parecchi fatti, e perchè trova la sua analogia con quanto sappiamo accadere per la tubercolosi locale. Per questa infatti si ammette che una infiammazione localizzata può costituire uno stato disponente allo sviluppo di una tubercolosi del pari locale e cronica. Ebbene quale meraviglia che una infiammazione estesa essudativa o suppurativa, possa essere una condizione che disponga ad una tubercolosi più o meno generalizzata?

E concludendo dirò, che per spiegare la genesi della tubercolosi acuta miliare negli adulti, indipendentemente dai centri tubercolari cronici e dalle più note cagioni predisponenti, gli Au-

(1) Litten. Conf. cit.

(2) Mazzotti. Mem. cit.

tori si trovavano in una totale oscurità. Ora mediante le osservazioni surriferite, io ho portato alcuni dati di fatto per ammettere almeno la probabilità che processi infiammatorii di natura comune agiscano talvolta come cagione predisponente. Lascio poi indiscussa la questione importantissima, se cioè in tali contingenze si tratti solamente di una disposizione generica che acquisti tutto l'organismo; oppure se più concretamente i prodotti flogistici rappresentino un terreno favorevole allo sviluppo dei bacilli tubercolari ed alla loro propagazione a distanza. Ed aspettando un maggior lume da nuove osservazioni, mi basta intanto affermare che nello studio lungo e brigoso delle condizioni predisponenti alla tubercolosi, questo piccolo passo varrà, se non altro, ad offrirci qualche nuova cognizione di fatto, la quale forse in seguito ci potrà chiarire meglio la diagnosi e la profilassi.

CONCLUSIONI.

Allorquando la tubercolosi miliare acuta si sviluppa in una persona, nella quale esistono in qualche punto del corpo centri caseosi tubercolari cronici, la sua genesi si spiega chiaramente, poichè si ammette che dalla sede primitiva l'agente infettante venga trasportato a distanza seguendo la via delle vene. Invece riesce difficile l'intendere in qual modo possa svilupparsi tale malattia, se manca ogni traccia di tali centri primitivi. Per questi casi conviene ritenere che la infezione provenga dall'esterno e dia luogo ad un rapido sviluppo del processo morboso; come pure conviene ammettere la esistenza di particolari condizioni predisponenti. Allo scopo appunto di chiarire in qualche guisa queste condizioni, che dispongono allo sviluppo di una tubercolosi acuta, indipendentemente dalla presenza dei ricordati centri tubercolari cronici, io ho raccolto 22 osservazioni mie proprie, eseguite sopra individui adulti.

In una categoria ho descritto 4 casi, nei quali non solamente mancava la tubercolosi cronica, ma ben anche ogni traccia di qualsiasi altro processo morboso in corso. In questi però mi sono risultate le seguenti circostanze etiologiche, che avrebbero disposto alla infezione tubercolare:

- 1.° le condizioni reumatiche in genere (Oss. 1.^a e 2.^a).
- 2.° lo stato puerperale (Oss. 3.^a).
- 3.° una tubercolosi già guarita con residui interamente calcificati (Oss. 4.^a).

Negli altri 18 casi le necrosapie hanno mostrato l'esistenza di processi infiammatorii comuni coi rispettivi prodotti in di-

verse parti del corpo e di una tubercolosi acuta più o meno generalizzata ed a distanza. Dalla storia clinica poi risultava che nella maggior parte di questi casi la infiammazione comune esisteva parecchio tempo prima dello sviluppo della tubercolosi; per pochi poi, se tale antecedenza rigorosamente non si dimostrava, la si poteva però ritenere come quasi certa od almeno come molto probabile. Ed io basandomi sopra queste mie osservazioni, non che sopra altre analoghe da qualche Autore pubblicate, ho creduto di dovere ammettere che le infiammazioni comuni essudative e suppurative debbano annoverarsi fra le cagioni predisponenti allo sviluppo della tubercolosi acuta negli adulti. Mi sono poi diffuso alquanto intorno a questo punto non indicato dagli Autori, parendomi che la presenza di tali processi flogistici meritasse importanza per intendere la genesi della tubercolosi acuta in quei casi, d'altronde molto oscuri, nei quali mancano i centri tubercolari cronici.

Le malattie comuni, che dalle mie osservazioni risultarono come cagioni predisponenti allo sviluppo della tubercolosi acuta, sono le seguenti:

- 1.^a infiammazioni catarrali ulcerative (Oss. 5.^a e 6.^a).
- 2.^a infiammazione catarrale ulcerativa e pleurite ad essudato siero-fibrinoso (Oss. 7.^a).
- 3.^a pleurite ad essudato siero-fibrinoso (Oss. 8.^a e 9.^a).
- 4.^a sinovite del ginocchio siero-fibrinosa (Oss. 10.^a).
- 5.^a peritonite ad essudato fibrino-purulento (Oss. 11.^a).
- 6.^a peritonite suppurativa (Oss. 12.^a).
- 7.^a ascessi da carie vertebrale (Oss. 13.^a e 14.^a).
- 8.^a ascesso chiuso in una tonsilla (Oss. 15.^a).
- 9.^a ascesso circoscritto di una mammella (Oss. 16.^a).
- 10.^a ascesso del cellulare pelvico e manifestazioni infettive (Oss. 17.^a).
- 11.^a cancrena allo scroto ed al sacro (Oss. 18.^a e 19.^a).
- 12.^a endometrite difterico-cancrenosa e salpingite suppurativa (Oss. 20.^a).

A queste debbonsi aggiungere due osservazioni dubbie, cioè una metrosalpingite suppurativa caseosa (Oss. 21.^a) ed un nodo suppurativo caseoso della milza (Oss. 22.^a), nella interpretazione delle quali si può fare qualche riserva.

In qualcuno dei casi descritti, oltre alle alterazioni or ora enumerate, si sono verificate anche altre condizioni etiologiche concomitanti e precisamente:

la eredità (Oss. 10.^a)

le cattive condizioni igieniche (Oss. 5.^a)

lo stato puerperale (Oss. 12.^a e 16.^a).

La tubercolosi acuta sorta in seguito alle condizioni etiologiche sopra ricordate, ha presentato alcuni caratteri interessanti e meritevoli di un breve cenno.

Essa non si è mostrata quasi mai generalizzata, come di consueto, ma per lo più circoscritta. Infatti, considerando le osservazioni dell'ultima categoria, esclusi i 2 casi dubbi, soltanto 5 volte la troviamo diffusa a due o più organi fra loro distanti (Oss. 6.^a, 9.^a, 14.^a, 15.^a, 16.^a). In tutti gli altri casi si mantenne circoscritta, cioè:

4 volte ai due polmoni (Oss. 8.^a, 12.^a, 19.^a e 20.^a)

3 volte al solo peritoneo (Oss. 5.^a, 10.^a e 13.^a)

2 volte ad un polmone solo (Oss. 7.^a ed 11.^a)

una volta alla pia meninge (Oss. 17.^a)

una volta all'intestino (Oss. 18.^a).

Questo carattere della limitazione tende ad avvicinare la tubercolosi che in tali circostanze si sviluppa alla così detta tubercolosi locale; anzi alcuni dei casi descritti si potrebbero appunto considerare come esempi di transazione fra la tubercolosi locale e la generale.

Rispetto alle condizioni etiologiche generali, nelle mie osservazioni ho trovato una prevalenza nel sesso femminile (9 donne e 7 uomini) (1) ed una grande varietà nell'età dei soggetti, poichè il più giovane contava soltanto 19 anni e 68 il più avanzato.

Siccome nei casi descritti la tubercolosi acuta sopraggiunse in persone già in preda da un tempo più o meno lungo ad altri processi morbosi e si mantenne ordinariamente molto circoscritta, così la sintomatologia riesci oscura e non corrispondente per nulla a quella indicata nei trattati di patologia medica. Per tale ragione, come pure per l'età adulta o vecchia dei soggetti, per lo stato loro di robustezza, e per l'assenza delle condizioni ordinarie ritenute come disponenti alla tubercolosi, mancavano quasi sempre gli elementi sufficienti per la diagnosi.

L'andamento dell'affezione morbosa nelle suddette condizioni fu ordinariamente rapido ed in persone già indebolite per altri morbi la tubercolosi rappresentò l'ultimo avvenimento che chiuse per sempre la tristissima scena.

(1) Computando tutte le 22 osservazioni, cioè le 2 dubbie e le 4 nelle quali mancavano centri morbosi di ogni specie, la prevalenza delle donne risulta molto più evidente, poichè si hanno 14 femmine ed 8 maschi.

NOTA (A).

Che la tubercolosi in genere possa collegarsi più o meno strettamente a processi infiammatorii, è stato ammesso da non pochi Autori, fra i quali mi basterà ricordare il prof. Sangalli (*), siccome quegli che, fondandosi su osservazioni proprie, espresse chiaramente il concetto che la tubercolosi può talvolta essere secondaria all'infiammazione. Il Sangalli adunque, dopo aver considerati i molteplici rapporti, che intercedono fra flogosi e tubercolo, ammette che individui non scrofolosi e di buona derivazione, in seguito a processi infiammatori possano appunto incontrare una tubercolosi. Anzi a tale proposito egli scrive: « Qualche volta di seguito ad una malattia, che ai criteri della più esatta osservazione clinica si è svelata per una pleurite acuta reumatica, si sviluppò la tubercolosi della pleura e dei polmoni. E mi capitavano dei casi, in cui sopra una peritonite cronica si innestarono dei tubercoli, che poi manifestaronsi anche nei polmoni », pag. 40. Quantunque il Sangalli non dica se nei casi da lui osservati si trattasse di tubercolosi acuta o di cronica, tuttavia risulta chiaramente che egli vide l'intimo rapporto etologico che talvolta può passare fra infiammazione e tubercolo.

(*) Sangalli. « Della tubercolosi e de'suoi rapporti colla scrofolo e coll'infiammazione. » Pavia 1865. (Dal *Giornale di Anatomia e Fisiologia patologica*).

